

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do PR

jan/mar 85 - ano II - n.º 5

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

DIRETORIA:

Presidente: Dr. Duilton de Paola
Vice-Presidente: Dr. Luiz Carlos Sobania
1º Secretário: Dr. Ricardo Akel
2º Secretário: Dr. Osmar Martins
Tesoureiro: Dr. Maurício Pedrazzani

CONSELHEIROS 83 a 88

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Luiz Carlos Sobania
Dr. Frederico João Massignan
Dr. Maurizio Pedrazzani
Dr. Duilton de Paola
Dr. Natal Jatai de Camargo*
Dr. Carlos Alberto A. Boer
Dr. Ricardo Akel
Dr. Nelson Egidio de Carvalho
Dr. Joel Vieira Gonçalves
Dr. Hélio Germiniani
Dr. Farid Sabbag
Dr. Eurípedes Ferreira
Dr. Salim Acras
Dr. Luiz Fernando Cajado de O.Braga
Dr. Gilberto Saciloto
Dr. Osvaldo Malafaia
Dr. José Antonio Maingué
Dr. Mário Budant de Araújo
Dr. Osmar Martins
Dr. Flavio Cini (AMP)
Dr. Ehrenfried O. Wittig

SUPLENTES

Dr. Octaviano Baptistini Júnior
Dr. João Nassif
Dr. Jackson Herrera
Dr. Nasir Jamil Bauab*
Dr. João Geraldo P. Mercer
Dr. Reginaldo Werneck Lopes
Dr. Antonio Leite Oliva Filho
Dr. Edison Matos Novak
Dr. Ildefonso Amoêdo Canto
Dra. Lorete Maria da Silva Kotze*
Dr. Sanito W. Rocha
Dr. Paulo Roberto Cruz Marquetti
Dr. Sérgio Todeschi
Dr. Sérgio Fonseca Tarté
Dr. Lauro Del Valle Pizarro
Dr. Marco Aurélio de Quadros Cravo
Dr. Nelson Couto Rezende
Dr. Milton Cesar Scaramuzza
Dr. Paulo Renato Sebrão*
Dr. José Francisco Schiavon (AMP)
Dr. Jurandir Marcondes Ribas Filho

Consultor Jurídico: Dr. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

* Licenciado

SUMÁRIO

EDITORIAL - Fiscalização = Controle de qualidade	4
Homologação da Tabela de Honorários de AMB	7
Classe médica do Paraná e a tabela de honorários médicos de AMB	8
Como admitir ou excluir clínico, anestesista, Pediatra ou cirurgião do corpo clínico	12
Inamps - Concurso público	14
Pode o Inamps vender e/ou destruir exames de seus segurados	16
Atestado de óbito	20
O atestado de óbito do ponto de vista jurídico	
Orçamento do CRM-PR	58
Você recusa atestado?	59
Relatório de atividades	61
Câmara de plantão	62

CORPO EDITORIAL

Ehrenfried Wittig
Antonio L. Oliva Filho
Jackson Herrera

IMPRESSÃO

Composição e impressão
Comunicare
Fone (041) 253-4233

Tiragem 8.000 exemplares
Capa
Criação: José Oliva, Eduardo
Martins e Cesar Marchesini.
Fotografia: Bia

Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores, não representando, necessariamente a opinião do CRM-Pr.

“Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná”, órgão oficial de divulgação do CRM-Pr, é enviado trimestralmente a todos os médicos inscritos neste Conselho, às Bibliotecas Universitárias, Conselhos e Associações Médicas do Brasil.

Editorial

Fiscalização = Controle de Qualidade

Os Conselhos Regionais de Medicina são Autarquias. Conforme exposto no art. 2º da Lei 3268 que os criou, são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da Classe Médica. Cabem, dentre suas competências, zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance pelo perfeito desempenho ético da Medicina, pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente.

Uma profissão se valoriza pelo nível cultural e pelo seu prestígio moral. Sem ética e sem dignidade, o prestígio declina e o respeito pela própria classe define.

Os Conselhos de Medicina foram criados para os médicos e não contra os médicos. Zelar pelo ambiente profissional, purificando-o é benefício à coletividade. Para que tudo isto possa acontecer deve existir um bom padrão normativo o qual deve ser mantido e seguido por todos. O controle do padrão profissional e o cumprimento dos preceitos mínimos exigem que tenhamos fiscalização. A Medicina deve ser praticada por todos os médicos, devidamente qualificados, trabalhando em um ambiente salutar e com um objetivo comum, como expressou Decourt: "Creio na Medicina que serve os doentes e nunca se serve deles". Os Conselhos, na sua história, tem procurado uma maneira legal de exercer esta função fiscalizadora.

O Decreto Lei 20.391/32 determina que os estabelecimentos de saúde devam ser dirigidos por médicos, designados Diretores Técnicos, os quais devem ser os principais responsáveis. A Lei 3.268 de 30.09.57, que criou os Conselhos, no seu artigo 15, alínea "c", diz textualmente dentre suas competências: "fiscalizar o exercício da profissão de médico". O artigo 12 do Decreto 44.045/58, que regulamenta a Lei 3.268/57, deixa claro que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinadora dos Conselhos de Medicina. O Decreto 49.974-A, de 21.02.62, que regulamenta a Lei 2.312 de 03.09.54, sob a denominação "Código Nacional de Saúde", em seu artigo 57 (o qual trata da ação fiscalizadora da autoridade sanitária) reza em seu parágrafo único: "Na fiscalização do exercício da profissão médica, a autoridade sanitária suplementará a ação dos Conselhos de Medicina e com eles colaborará para a observância do cumprimento das leis".

O Conselho Federal de Medicina, através de sua resolução 687/75, determinou que cabe aos Conselhos Regionais proceder a fiscalização do exercício da profissão de médico, de maneira permanente, efetiva e direta, além de tomar as

medidas cabíveis, em estreita colaboração com as autoridades sanitárias locais. Em 22.05 80, uma nova resolução do CFM, de nº 997/80, no intuito de facilitar a ação fiscalizadora dos Conselhos Regionais, estabeleceu normas que devem alcançar todos os estabelecimentos onde a profissão médica é exercida, com o seguinte teor: "Os Conselhos Regionais devem criar os cadastros dos estabelecimentos de saúde, cuja Direção é Médica; o pedido de inscrição é de competência do médico que tiver investido no cargo de Diretor Técnico. No primeiro trimestre de cada ano devem remeter ao CRM, a relação dos médicos que atuam no estabelecimento".

Por último, a Lei 6.839 de 30.10.80, ratifica, com o seguinte teor, em seu artigo 1º: "O registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão **OBRIGATÓRIOS NAS ENTIDADES COMPETENTES** para a **FISCALIZAÇÃO** do exercício das diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestam serviços a terceiros" (o grifo é nosso). Segundo os Juristas, o registro é condição "si ne qua non" de aquisição de personalidade jurídica, bem como para o funcionamento de tais entidades. A Lei, então, faculta a criação de um órgão fiscalizador: o Conselho Federal de Medicina. Este orienta que os Conselhos Regionais poderão investir, em caráter transitório, membros do seu colegiado como fiscais ou Chefes de Órgãos de fiscalização, casos nos quais não farão jus a remuneração. A tais órgãos compete fiscalizar o exercício da profissão, as entidades que prestam serviços de saúde, os anúncios, etc. Devem manter fichários, notificar o exercício ilegal de médicos e comunicar as irregularidades ao Conselho. Quaisquer informações apuradas em estabelecimentos hospitalares ou de assistência médica serão de co-responsabilidade direta, e maior, **DO DIRETOR TÉCNICO OU DE SEU SUBSTITUTO EVENTUAL**.

Todas estas regulamentações são recentes. Agora, então, é possível ao CRM exercer melhor a sua função de **PROTEÇÃO DO TRABALHO MÉDICO**. O CRM do PR já está com a sua Comissão de Fiscalização pronta. É nossa meta, em 1985, iniciar uma nova etapa. É nossa obrigação e uma necessidade.

A palavra fiscalização é aparentemente agressiva, mas que se transformada em controle de qualidade, de qualificação médica e portanto do bom atendimento, passa a ser melhor entendida. É um benefício e proteção ao bom.

O Diretor Clínico tem este poder de zelar pelo adequado desempenho dos médicos do seu hospital, de protegê-los, de lhes dar cobertura em suas justas reivindicações através de um regimento do corpo clínico, em que todos participam da sua confecção e aprovação, regimento este que determina a maneira de entrada de um novo profissional na instituição, bem como a maneira de exclusão e portanto regras de proteção do trabalho médico. Este próprio corpo clínico deverá ter também uma Comissão de Ética, que poderá analisar a maioria dos problemas internos e que provavelmente poderá resolvê-los ou então encaminhar devidamente documentado ao Conselho Regional, quando for competência deste.

O médico estará mais perto de sua legislação, melhor orientado e protegido.

Ao CRM cabe saber onde estão os médicos, de que maneira trabalham, o que estão fazendo, suas dificuldades, a sua qualificação, para ter noção do que realmente está acontecendo no meio médico e desta maneira melhor poder ajudá-los.

Estamos aqui com este propósito. De proteger o bom.

Acreditem

Luiz Carlos Sobania
Conselheiro

Princípio I

O médico exerce nobre e elevada profissão, sem discriminação de qualquer natureza, com plena consciência de sua responsabilidade para com o paciente e a sociedade.

HOMOLOGAÇÃO DA TABELA DE HONORÁRIOS DA AMB

UMA DIFÍCIL, MAS GRANDE DECISÃO

RESOLUÇÃO Nº 011/85

O Conselho Regional de Medicina do Paraná, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3268/57, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 44045/58 e pelo art. 4º da Resolução 1154/84 do Conselho Federal de Medicina,

CONSIDERANDO a decisão da Reunião Plenária do CFM, em 11 de janeiro do corrente que recomenda a utilização da Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira, aprovada pela Assembléia de Delegados daquela entidade em 29 de setembro de 1984, que regulamenta a remuneração dos procedimentos médicos nos diversos tipos de convênios;

CONSIDERANDO o art. 4º da Resolução 1084/82 do CFM que determina a inscrição das pessoas jurídicas contratantes nos Conselhos Regionais e, o art. 3º da Resolução CFM 687/75, que obriga o registro de seu responsável técnico;

CONSIDERANDO finalmente o que ficou decidido em Reunião Plenária deste Conselho Regional de Medicina em 21 de janeiro de 1985;

RESOLVE:

1) Homologar a Tabela de Honorários Médicos, da Associação Médica Brasileira.

2) Para procedimentos disciplinares referentes a transgressões ao art. 66 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, considerar como preços vis, os inferiores ao da referida Tabela.

3) Caracterizar como infratores do art. 41 do Código Brasileiro de Deontologia Médica os responsáveis técnicos ou clínicos das entidades convenientes que impedirem o cumprimento desta Resolução.

Sala das Sessões, em 21 de janeiro de 1985.

Dr. LUIZ CARLOS SOBANIA
Presidente em Exercício

Dr. RICARDO AKEL
1º Secretário

CLASSE MÉDICA DO PARANÁ E A TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS DA AMB

Desejo expresso da coletividade médica?

De repente as coisas foram acontecendo...

Neste Estado acordado, reivindicante por uma maior participação no cenário Nacional, a classe médica assistiu o nascer da Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira (THM). A Comissão protagonista foi nossa, liderada pelo não menos paranaense, vice Presidente da A.M.B., Dr. Antonio Celso Nunes Nassif. Aqui mesmo, em memorável Assembléia de Delegados da nossa entidade Mãter, em setembro p.p., aprovou-se na íntegra, não só a tabela como a sua tática de implantação.

Ainda aqui, o Conselho Regional de Medicina do Paraná, discutindo lucidamente tal objeto, em sessão plenária histórica, aprovou por unanimidade o parecer que homologou a THM, estabelecendo-se, afinal, critérios para definição de aviltamento de remuneração médica.

Nossas representações maiores, Associação Médica do Paraná, Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná e Conselho Regional de Medicina, harmônicas e equitativamente, constituem a Comissão Regional de Honorários que vem estabelecendo a Política de sua implantação.

E vem as perguntas: Isso tudo não é um falso Pioneirismo? Não é oportunismo político de uma pequena cúpula? Houve, afinal, consulta às bases?

Os fatos que se sucederam fazem a resposta. Todos estes ideais, em particular o parecer do CRM-Pr, foram acolhidos com entusiasmo e apoiados plenamente pelo ENCONTRO DAS ENTIDADES MÉDICAS PARANAENSES, realizado no início de março. O que se ouviu foi um só clamor: — Agora, de fato, dispomos de elementos para reivindicar! E era todo o Paraná presente à reunião (veja quadro na página seguinte).

Por último, mais um ato pioneiro e corajoso: em Assembléia Geral Ordinária, no dia 19 de março, da MEDIPAR — UNIMED de Curitiba, o plenário aprovou, sob calorosos aplausos, a adoção da

THM-AMB para remuneração do trabalho de seus cooperados. Isso não foi manifestação de elitismo. Foi a própria concretização de um anseio coletivo.

É indubitável que não bastam atos memoráveis. História, loquacidade e entusiasmo não alimentam nem saciam sede. O Trabalho apenas se inicia. Cada um de nós é responsável pelo futuro. Nós precisamos traçar os nossos próprios rumos já que dispomos dos instrumentos e lucidez não falta. Ou temos a coragem de enfrentar os obstáculos que, por certo, virão movidos por interesses excusos e mercantilistas, ou definitivamente assistiremos chegar o caos. A opção é de cada um.

Nossa exigência está posta à mesa. Queremos receber pelo nosso trabalho uma remuneração adequada. Nossos pacientes também querem uma assistência médica qualificada. É o mínimo que podemos oferecer.

O CRM-Pr. não se descuidou diante da reivindicação da classe médica paranaenses. Não se descuidará, também, da vigilância por um exercício da medicina qualificado e ético.

Representantes que assinaram presença no ENCONTRO DE ENTIDADES MÉDICAS NA ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ

Representante	Entidade
Dr. Nelson Proença	Presidente da A.M.B.
Dr. Antonio Celso N. Nassif	Vice-Presidente da A.M.B.
Dr. Duilton de Paola	Conselheiro do Conselho Federal de Medicina
Dr. Luiz Carlos Sobania	Presidente do CRM-Pr.
Dr. José Pedro Pagani	Presidente da A.M.P.
Dr. Mauro Goulart	Presidente do SINMED
Dr. Gerson Zafalon Martins	Representante do SINMED
Dep. Dr. Márcio Almeida	Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa
Dr. Luiz Cordoni	Secretário de Saúde e Bem Estar Social
Dr. Reinaldo Scheibe	Pres. da Assoc. Paran. de Hospitais
Dr. José Francisco Schiavon	Repr. do Sindicato dos Hospitais do Pr.
Dr. Wilson Michaelis	Diretor Médico do IPMC
Dr. Manoel S. Cavalcanti	Presidente da Unimed de Curitiba e da Fed. das Unimed's do Paraná

Dr. Lecy Ferreira Motta	Pres. da Assoc. Médica de Ponta Grossa
Dr. Celso Zanotto	Pres. da Assoc. Médica do Sudoeste Novo
Dr. Lauro João Lobo Alcântara	Pres. da Assoc. Médica de Pato Branco.
Dr. Adilson Cleto Bier (??)	Pres. da Assoc. Médica de Toledo
Dr. Paulo R. Moita Silva	Pres. da Assoc. Médica de Londrina
Dr. Giro Nagão	Pres. da Assoc. Médica do Vale do Ivaí
Dr. Marco Antonio A. Rocha Loures	Pres. da Soc. Médica de Maringá
Dr. Eudilson Mendonça	Pres. da Ass. Médica de Apucarana
Dr. Wilton C. França	Pres. da Ass. Méd. de União da Vitória
Dr. José Elias Aiex Neto	Pres da Assoc. Médica de Cascavel
Dr. Tomaz T. Yoshida	Pres. da UNIMED de Toledo
Dr. Sérgio Maciel Molteni	Repres. da Soc. Bras. Ortoped. e Traumat. do Paraná
Dr. João Nassif	Repres. do Conselho Regional de Medicina
Dr. Eros Xavier da Silva	Repres. da Soc. Bras. de Ortop. e Traumat. do Paraná.
Dr. Giovanni Loddo	Pres. do Depto. de Patologia e Citologia AMP
Dr. Walter Marsola	Pres. do Depto. de Ortopedia e Traumatologia
Dr. João Batista Marchesini	Pres. da Secc. do Colégio Brasil. de Cirurgiões
Dr. Osvaldo Malafaia	Pres. da Soc. Paran. de Gastroenterologia
Dr. Léo F. Silva Dietzel	Pres. da Soc. de Ciências Neurológicas
Dr. Alfredo Wallbach	Pres. da Secc. do Colégio Bras. de Radiologia
Dr. Roberto Pirajá M. de Araújo	Pres. da Soc. Paran. de Tisiologia e Doenças Torácicas

Dr. Edson L. Almeida Tizzot	Pres. da Soc. Paran. de Ginecologia e Obstetrícia
Dr. Régénis B. Prochmann	Pres. da Soc. Paran. de Medicina Interna
Dr. Maurício Brik	Repr. da Asso. Paran. de Oftalmologia
Dr. Diether H. Garbers	Pres. da Soc. Paran. de Pediatria
Dr. Ruddy Cesar Facci	Pres. da Assoc. Par. de Médicos do Trabalho
Dr. João Carlos Bozza	Pres. da Soc. Paran. de Anestesiologia
Dr. Odilon Loyola e Silva Filho	Pres. da Reg. Paran. da Soc. Brasileira de Cirurgia Plástica.
Dr. Antonio Carlos Boaretti	Pres. da Soc. Paran. de Reumatologia
Dr. José Fernando Macedo	Repr. da Reg. Paran. da Soc. Bras. de Angiologia
Dr. Jesus R. Santamaria	Pres. Depto. de Dermatologia da AMP.
Dr. Manoel Antonio Almeida Neto	Pres. da Cooperativa Paran. de Anestesiologia
Dr. Francisco Beduschi	Presid. da Federação Nacional dos Médicos.

COMO ADMITIR OU EXCLUIR CLÍNICO, ANESTESISTA, PEDIATRA OU CIRURGIÃO DO CORPO CLÍNICO?

Se não tem este problema, é provável que o seu hospital venha a tê-lo.

A Direção de Hospital de porte médio pergunta ao CRM como deve proceder para resolver questão interna, relacionada a admissão e ou exclusão de médicos anestesistas de seu corpo clínico.

Alegam os interessados que alguns cirurgiões interessados no ingresso de novos anestesistas em seu corpo clínico tem sido sistematicamente impedidos por aqueles que ali desempenham suas atividades de especialista de modo autônomo.

Interessado como empresa de capital aberto e de livre iniciativa, em ampliar seu atendimento, este cerceamento promovido pelos anestesistas, e até agora respeitado pela direção proprietária, tem dificultado suas pretensões ocasionando mesmo transtornos de ordem econômica.

Visto que sua sistemática de livre internamento a qualquer médico da capital é plenamente exercida, não entende a empresa proprietária que possa um setor do hospital desejar exclusividade e limitação a revelia e seu próprio critério, e por isto pergunta:

1) Como proceder para efetuar a abertura à novos anestesistas, quando a presença dos mesmos, for solicitada pelos senhores cirurgiões?

2) Como deve proceder caso deseje reformular a sua atual equipe de anestesistas?

3) Como deve proceder diante da recusa da equipe atual, em aceitar novos profissionais da área, pois, com isso, estarão ocasionando graves prejuízos à Empresa, inclusive cerceando as suas atividades?

PARECER DO CRM

1) O hospital, particular ou não, deve estar regulamentado por

Regimento Interno escrito, elaborado e assinado pelo corpo médico e não por convenção verbal ou hábitos. O Regimento Interno aprovado e registrado no CRM, evita interpretações casuísticas e ocasionais.

2) O hospital pode admitir e demitir pessoal dentro dos regimes determinados pela Lei Trabalhista, se for o caso, ou Regimento Interno.

3) A Resolução do CFM 1124/83 (publicada no nº 1 dos Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná) disciplina esta matéria.

Resolução CFM nº 1.124/83

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei número 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto número 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o artigo 28 do Decreto número 20.931 de 11 de janeiro de 1932 estabelece que os estabelecimentos de saúde devem ter seu Corpo Clínico:

CONSIDERANDO o decidido pelo plenário em sessão realizada no dia 27 de agosto de 1983

RESOLVE:

Art. 1º — O Regimento Interno dos Estabelecimentos de Saúde deverá estruturar o Corpo Clínico, especificando as atribuições do Diretor Clínico, dos Chefes de Clínicas e da Comissão de Ética, bem como a forma de admissão e de exclusão de seus membros.

Art. 2º — Para o exato cumprimento do disposto no inciso anterior, o Regimento Interno do estabelecimento disciplinará o processo de admissão e o de exclusão dos membros do Corpo Clínico.

Art. 3º — O Regimento Interno deverá ser aprovado pelo Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição.

Rio de Janeiro, 29 de agosto de 1983.

Murillo Bastos Belchior
Presidente

José Luiz Guimarães Santos
Secretário-Geral

Curitiba, 31 de janeiro de 1985.

INAMPS - CONCURSO PÚBLICO

EDITAL Nº DASP/MPAS/INAMPS/ 10/85

A DIRETORIA DO DEPARTAMENTO DE PESSOAL, em face da autorização constante do processo nº 00600/2.918/85, da Secretaria de Pessoal Civil do DASP, divulga, para conhecimento dos interessados, que estarão abertas inscrições para Concurso Público de MÉDICO, nos Estados e Cidades e quantitativos discriminados nos Anexos I, II, III e IV deste Edital, a ser realizado conforme convênio firmado entre o INAMPS e a Fundação CESGRANRIO.

Os locais, horário e período de inscrições serão divulgados oportunamente, mediante publicação em jornal de grande circulação nos referidos Estados.

No ato da inscrição o candidato deverá:

- a) exhibir comprovante de recolhimento da taxa de inscrição no valor de Cr\$ 40.000 (quarenta mil cruzeiros);
- b) exigir Carteira de Inscrição no Conselho Regional de Medicina;
- c) preencher, em letra de forma, a Ficha de Inscrição, colocando abaixo da assinatura o número de inscrição do respectivo CRM;
- d) atender aos demais requisitos exigidos no subitem 2.1 do Edital Geral de Concursos.

O processo seletivo será regido pelas Instruções Específicas a serem entregues aos candidatos no ato da inscrição, pelas normas constantes do Edital Geral de Concursos, publicado no DOU de 16/02/84, e pelas disposições do presente Edital, os quais estarão à disposição dos interessados nos locais de inscrição.

A inscrição implicará conhecimento e tácita aceitação das condições estabelecidas nos instrumentos reguladores do concurso mencionados no item anterior, das quais o candidato não poderá alegar desconhecimento.

Os casos omissos serão resolvidos pelo Departamento de Pessoal do INAMPS.

Rio de Janeiro, 08 de março de 1985.

Eliza de Souza Almeida
Diretora de Pessoal

ANEXO III - ESTADO DO PARANÁ

PÓLOS	ESPECIALIDADES		CARDIOLOGIA	CLÍNICA MÉDICA	NEFROLOGIA	NEUROLOGIA	OFALMOLOGIA	ONCOLOGIA	OTORRINOLARINGOLOGIA	PEDIATRIA	PSIQUIATRIA	TOCO-GINECOLOGIA	TRAUMATO / ORTOPEDIA	UROLOGIA
	LOCALIDADES													
I CURITIBA	CURITIBA Paranaguá União da Vitória	03	66	01	03	-	-	01	04	25	-	04	04	-
		-	03	-	-	-	-	-	-	03	02	01	01	01
II PONTA GROSSA	PONTA GROSSA Irati Telémaco Borba	-	-	-	01	-	-	-	-	03	-	-	03	01
		-	02	-	-	-	-	-	-	02	-	01	01	-
III LONDRINA	LONDRINA Aucarana Cornélio Procopio Jacarezinho	04	-	01	03	-	-	-	02	03	03	-	03	02
		-	-	-	-	-	-	-	-	-	04	-	04	-
IV MARINGÁ	MARINGÁ Campo Mourão Paranavaí Umuarama	-	-	-	03	-	02	-	-	-	-	02	06	-
		01	06	-	02	01	-	-	01	05	01	01	02	01
V CASCAVEL	CASCAVEL Foz do Iguaçu	-	03	-	01	-	01	-	01	03	-	01	01	-
		01	04	-	-	-	-	-	01	01	01	-	-	-
VI GUARAPUAVA	GUARAPUAVA Pato Branco	-	04	-	-	-	-	-	-	03	-	02	-	01
		-	01	-	02	-	-	-	-	04	-	-	03	01

PODE O INAMPS VENDER E/OU DESTRUIR EXAMES DE SEUS SEGURADOS?

A quem pertence o Exame Complementar do Paciente?

Ao Médico?

A Instituição Pagadora?

Ao Hospital ou Laboratório?

Em atenção ao despacho de V.Sa., para que emita parecer sobre consulta realizada pela Sociedade de Radiologia do Paraná, em of. nº 08 de 16 de janeiro de 1985, protocolado neste CRM sob nº 104, na mesma data acima, informo-lhe o seguinte:

Segundo documentos apresentados, o INAMPS, órgão prestador de assistência médica aos segurados da Previdência Estatal Federal, firmou contrato com uma empresa, Microdados, de Belo Horizonte, para que esta recolha todas as chapas radiográficas e líquidos fixadores químicos, para deles retirar os resíduos de prata, metal nobre e de alto valor. Em cópia anexa deste contrato, há dispositivos que regulam os direitos e obrigações de ambas as partes, e que não nos dizem respeito direto.

Estas chapas radiográficas, feitas nos pacientes da Previdência, seriam inicialmente microfotografadas e selecionadas segundo critérios determinados no contrato, e a seguir destruídas para obtenção da prata.

Os médicos Radiologistas, revoltados com a possibilidade de terem seus documentos destruídos, negam-se a cumprir tal determinação, e questionam a propriedade de tais documentos radiográficos por parte do INAMPS.

Ora, é preciso que se diga às autoridades do INAMPS, que é o **segurado que recolhe uma parte de seu trabalho para ter assegurados previdência e assistência médica. O INAMPS é uma instituição pública autárquica com a função de administrar estes recursos, como intermediário, e usá-los em benefício dos segurados. Portanto, o INAMPS apenas repassa estes valores — destaque para o fato de que**

não é esta instituição que produz, ou gera, estes valores — e por extensão, **não dá gratuitamente nada aos trabalhadores**, pois que apenas administra (e mal) os valores dos contribuintes. Funcionários do Estado, frequentemente tornam-se discricionários. Devem saber que os meios de que o Estado dispõe são pagos pelo POVO; o Estado não tem por função produzir riquezas, mas sim de recolher uma parte desta e administrá-la em benefício comum do POVO.

Por outro lado, há um parecer de funcionário do Ministério das Justiça, rasteiro e medíocre, dando a entender ser documento espúrio, não oficial, por tão grosseiro e descabidos conceitos em favor da pretensão das autoridades do INAMPS, representado por seu Presidente, Aloysio de Salles Fonseca.

Portanto, senhor Presidente deste CRM, concluímos por:

1) Todo e qualquer exame complementar pertence ao paciente, e tão somente a ele.

2) Sempre que o paciente não levar consigo estes documentos, ficará sob a guarda e responsabilidade do médico que o atende (no caso, o radiologista), ou hospital, serviço médico, em colecionador adequado.

3) Estes documentos poderão ser usados para fins científicos ou de ensino, bem como para verificação pelos administradores das instituições que administram recursos de segurados, ou hospitalares.

No caso em foco, face a consulta específica da Sociedade de Radiologia do Paraná, tais documentos não devem ser entregues à destruição, nem a leigos, nem a terceiros, sem autorização expressa dos reais proprietários, **os pacientes, que por ela pagam.**

É o nosso parecer.

Curitiba, 31 de janeiro de 1985.

Dr. Marco Aurélio Cravo
Conselheiro

APROVADO EM SESSÃO PLENÁRIA

PONTO DE VISTA DO
DEPARTAMENTO JURÍDICO DO INAMPS

**Pode o órgão autárquico dispor das radiografias,
destruí-las ou substituí-las por MICROFILMES,
obedecidas as normas traçadas no ante-projeto?**

Se as chapas pertencessem, de direito, aos beneficiários, ou aos hospitais credenciados, não poderia a entidade pública dispor delas, a seu alvedrio, mesmo após a microfilmagem. "Nemo dat quod non habet".

Para efeito de clareza, passemos a examinar, a seguir, a primeira hipótese:

1. Propriedade e disponibilidade das chapas radiográficas feitas diretamente pelo INAMPS.

O INAMPS foi criado para prestar assistência médica aos trabalhadores urbanos e rurais, aos servidores do Estado e à população carente, nos termos do art. 6.º da Lei nº 6.439, de 1.º de setembro de 1977, "que institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social".

Naturalmente, essa prestação de assistência médica implica vultosa despesa amparada pela receita oriunda, principalmente, das contribuições dos beneficiários, além das outras previstas no art. 17 da Lei nº 6.439/77.

Ressalte-se que as contribuições mensais não se constituem em parcelas dos preços dos medicamentos e das consultas médicas que, porventura, se fizerem necessários, no futuro. Nem isso seria possível, face à imprevisibilidade da quantia a ser gasta pelo contribuinte e de suas necessidades. Há beneficiários que passam a vida inteira contribuindo para o Instituto sem nunca usufruírem dos benefícios, enquanto outros, após três ou quatro contribuições mensais, custam ao INAMPS o correspondente a vários anos de contribuição. E essa é a única forma de o Instituto poder sobreviver. Com essa receita, de acordo com cálculos atuariais, a autarquia assistencial tem capacidade de prestar auxílio médico, conforme os planos estabelecidos pelas autoridades competentes, planos estes que devem obediência aos §§ 1.º, 2.º, 3.º, 4.º e 5.º do art. 6.º da Lei nº 6.429/77, pre-citada.

Face, pois, à norma legal, o beneficiário tem assegurado o direito de ser atendido, mas não pode invocar a propriedade dos medicamentos e outros materiais usados em seu tratamento. A que título? Não houve compra nem existe lei que tal lhe garanta.

Entre esses materiais incluem-se as chapas radiográficas, porquanto o INAMPS pode entender que elas deverão ser arquivadas para reexame do paciente, ou mesmo ser MICROFILMADAS, uma vez que, tanto o anteprojeto em tela, quanto a legislação vigente prescrevem que os MICROFILMES produzirão os mesmos efeitos legais dos documentos originais, em juízo ou fora dele (art. 1º, § 1º, da Lei nº 5.433, de 08.05.68, e art. 1º, § 1º, do anteprojeto).

Passemos, agora, à segunda hipótese:

II. Propriedade e Disponibilidade das Chapas Radiográficas feitas pelos Hospitais contratados ou credenciados.

Da mesma forma, trata-se de uma prestação de serviço médico ao contribuinte do INAMPS, realizada por terceiros, especialmente contratados ou credenciados. Tais serviços são prestados em nome do Instituto, por ele podendo ser fiscalizados e regulamentados, uma vez que esses serviços também por ele foram comprados e pagos.

Portanto, respondendo à indagação da MICRODADOS, ficou claro que o INAMPS tem o direito de MICROFILMAR as radiografias tiradas dos seus beneficiários, quer em seus hospitais, quer nos por ele credenciados ou contratados, dispondo das chapas originais, como lhe aprouver.

Só o INAMPS, porém, poderá decidir da conveniência e oportunidade de assim proceder.

A consideração de Vossa Senhoria.

Brasília, 15 de março de 1983.

João Bosco de Souza Rocha
Diretor da DATL/DAL

Observação da redação:

Informações da Sociedade Brasileira de Radiologia esclarecem não haver ainda nenhuma forma satisfatória de microfilmar radiografias.

Atestado de Óbito



- I. DEFINIÇÃO
- II. FINALIDADES
- III. VARIÁVEIS
- IV. PREENCHIMENTO DO ATESTADO MÉDICO: CAUSAS DE MORTE
- V. FLUXO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO
- VI. ALGUNS CONCEITOS IMPORTANTES
- VII. MODELO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO, DESTACADAS AS VARIÁVEIS ESSENCIAIS
- VIII. EXEMPLOS SOBRE PREENCHIMENTO DE ATESTADOS

Trabalho da área de Informações Técnicas, do Grupo de Planejamento e Controle, da Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha, SESB. 1984.

I. DEFINIÇÃO

Declaração de óbito é um formulário, em duas vias, instituído pelo Ministério da Saúde, padronizado para todo país, e destinado a obter dados de óbito geral (não fetal) e fetal.

II. FINALIDADES

1. Médico-Sanitárias

Fornecer informações sobre mortalidade aos órgãos de saúde de nível local (Unidade de Saúde), regional (Distrito Sanitário), central (Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha/SESB), nacional (Ministério da Saúde) e internacional (Organização Mundial de Saúde – OMS), para o estudo das Estatísticas Vitais, facilitando o diagnóstico de situação de saúde de uma comunidade e contribuindo para o planejamento das atividades do setor saúde.

2. Jurídicas

A legalização da declaração de óbito está inserida no artigo 77, da Lei Federal 6.015, com as corrigendas das Leis 6.140 e 6.216, do Registro Civil, ao referir da necessidade do Atestado Médico ou de duas pessoas qualificadas, para proceder o registro de óbito. Consta, nesse artigo, o seguinte: “Nenhum sepultamento será feito sem certidão oficial de registro do **lugar de falecimento**, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do **atestado de médico**, se houver no lugar ou, em caso contrário, **de duas pessoas qualificadas**, que tiverem presenciado ou verificado a morte”.

Desse modo, a declaração constitui prova incontestável do desaparecimento da pessoa nela mencionada e esclarece questões relativas à saúde. Quando registrada em Cartório, é emitida uma certidão de óbito, documento este, que autoriza o sepultamento da pessoa falecida, e ainda, é exigido para instruir processos de Auxílio Funeral, Inventário, pagamento de pensão ou seguro de morte aos familiares.

É importante caracterizar o tipo de morte, se **VIOLENTA** ou **NÃO VIOLENTA (Natural)**. Ambas poderão ocorrer **COM** ou **SEM ASSISTÊNCIA MÉDICA**. No caso, não violenta ou natural com assistência, cabe ao médico que vinha atendendo ao paciente ou seu subs-

tituto, fornecer a declaração. Se o óbito ocorreu **sem assistência**, compete ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO) proceder ao exame de necrópsia e emití-la. Em cidades que não exista SVO, o médico do lugar, de preferência da Saúde Pública, deverá fornecer a declaração, após o exame de cadáver e investigação da causa de morte (Art. 634, § 1, item "b", do Código Sanitário do Estado). Caso não exista médico no local, **um declarante e duas testemunhas**, que tenham presenciado ou verificado o óbito, poderão assiná-la (item VII, campos 46 - 47 - 48, pág. 28, do Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito).

Em se tratando de morte violenta (acidente, homicídio e suicídio) ou suspeita, o sepultamento só poderá ser feito após o exame do cadáver por peritos oficiais do Instituto Médico Legal (IML). Na ausência de IML ou médico legista no lugar, duas pessoas idôneas nomeadas pela autoridade policial, de preferência aquelas que tiverem habilitação técnica, desempenharão as funções de peritos. A declaração deverá ser assinada por um dos peritos (oficial ou nomeado) que elaboraram o laudo de necrópsia ou cadavérico.

III. VARIÁVEIS

Para que a declaração seja preenchida do modo recomendado, faz-se necessário conhecer suas variáveis descritas no "Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito", do Ministério da Saúde. A nível de processamento eletrônico, costuma-se dividir essas variáveis em essenciais e complementares, sendo consideradas mais importantes as essenciais, pois, se os respectivos campos forem preenchidos de modo incorreto, resultam inconsistências, tornando necessária a correção. São oito as variáveis essenciais:

- Tipo do Óbito (item 3)
- Ano do Óbito (5)
- Sexo do falecido (7)
- Idade (9)
- Município de ocorrência (12)
- Município de residência do falecido (14)
- Causa básica da morte (35, parte I, linha "c")
- Tipo de violência (37)

Quando não estão assinaladas as duas primeiras variáveis, o computador não processa os dados da declaração. Por isto, são chamadas essenciais indispensáveis.

IV. PREENCHIMENTO DO ATESTADO MÉDICO: CAUSAS DE MORTE

O atestado médico corresponde ao item IV da declaração de óbito e está dividido em duas partes (I e II). A primeira parte consta de três linhas ("a", "b" e "c", reservadas à doença ou estados mórbidos diretamente relacionados com o óbito, de tal modo, que na "a" deve ser colocada a causa imediata; na "b", a mediata; e na "c" a básica, de maneira a haver uma seqüência lógica das causas informadas, de baixo para cima.

a) CAUSA IMEDIATA

É a doença ou estado mórbido que causou diretamente a (Ex.: broncopneumonia).

b) CAUSA MEDIATA

É o estado mórbido, se existir, que produziu a causa acima (Ex.: metástases pulmonares, para o caso de **morte não violenta**; e fratura de colo de fêmur, em caso de violência).

c) CAUSA BÁSICAS

– Não Violenta

DOENÇA ou LESÃO (SE EXISTIR) que iniciou a cadeia de eventos mórbidos que conduziram à morte. (Ex.: câncer de estômago).

– Violenta

Circunstância da violência que produziu a lesão fatal. (Ex.: queda acidental).

Na parte II, devem ser mencionados outros estados patológicos significativos que contribuíram para a morte, porém não relacionados com a doença ou estado patológico que a produziu.

NOTA: Não esquecer de colocar o tempo de intervalo entre o início da doença e a morte, em cada causa.

V. FLUXO DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO

O formulário é recebido do Ministério da Saúde e distribuído aos médicos, hospitais e cartórios (lugares sem médico), através dos Distritos Sanitários e Centros de Saúde da FSCMR;

. uma vez preenchida, o médico entrega as duas vias aos familiares (ou representantes) do falecido e orienta para o Registro em Cartório, do município onde ocorreu o óbito;

NOTA: De acordo, com o Código Sanitário do Estado, antes do registro, deverá a D.O. receber o visto da Autoridade Sanitária.

. semanalmente ou no fim de cada mês, a primeira via é remetida ao Centro de Saúde Local *;

. esse remete ao Distrito Sanitário, a que está jurisdicionado;

. o Distrito, após correções e revisões, remete para a Área de Informações Técnicas, do Grupo de Planejamento e Controle, da FSCMR/SESB;

. na AIT, novas correções e revisões são feitas e, se necessário, o médico responsável é consultado. Os dados são processados e as informações geradas ficam à disposição dos usuários;

. a D.O. é arquivada na AIT durante cinco anos.

VI. ALGUNS CONCEITOS IMPORTANTES

Óbito.

Entende-se por óbito o desaparecimento de todo sinal de vida em um momento posterior ao nascimento.

Nascimento.

É a expulsão ou extração completa de um produto de concepção do corpo materno, independentemente da duração da gravidez, o qual, depois da separação, respire ou dê qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não despreendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança nascida viva.

Óbito Fetal.

É a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo materno, independente da duração da

* A 2ª via deverá ficar no Cartório que proceder o registro como documento comprobatório do óbito.

gravidez; indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Essa definição deixa claro que a duração da gestação não é levada em conta no conceito global e o critério tempo em geral só é usado para classificar óbitos fetais em precoces (com menos de 20 semanas), intermediários (de 20 a 27 semanas completas) e tardios (28 ou mais semanas de gestação).

Perda Fetal.

É o mesmo que óbito fetal.

Óbito Fetal Tardio, Criança Nascida Morta, ou Natimorto.

Produto da concepção expulso ou extraído sem vida do corpo da mãe, com período de gestação de 28 semanas ou mais, peso mínimo de 1.000 gramas ou comprimento de no mínimo 35 cm. Assim, caracterizado deve ser considerado cadáver e como tal sujeito a registro de óbito para posterior sepultamento.

Óbito Fetal Intermediário ou Perda Fetal Intermediária.

Produto da concepção expulso ou extraído sem vida do corpo da mãe, com idade gestacional de 20 a 27 semanas, pesando entre 500 a 1.000 gramas ou comprimento mínimo de 25 cm do ponto mais alto da cabeça até os calcanhares. Com estas características já apresenta semelhança humana e por questões religiosas e culturais pode ser considerado cadáver.

Por isto, recomenda-se ao médico que forneça a declaração de óbito para o devido registro e sepultamento.

Óbito Fetal Precoce ou Perda Fetal Precoce.

Produto da concepção expulso ou extraído sem vida do corpo da mãe, com idade gestacional menor de 20 semanas, pesando menos de 500 gramas ou medindo menos de 25 cm. Juridicamente, é considerado parte da mãe e não há obrigatoriedade de registro e sepultamento. Para a Saúde seria importante declará-lo como subsídio para estudos de aborto espontâneo e provocado. Embora a Saúde recomende a notificação, sabe-se que existe grande subnotificação. Nesse caso, não é necessário fornecimento de declaração de óbito, podendo

o produto ser incinerado no hospital ou outro estabelecimento ou ainda entregue à coleta hospitalar adequada, de acordo com as normas estabelecidas na matéria, não podendo sob hipótese alguma ser considerado como lixo e entregue à coleta pública comum.

VIII. EXEMPLOS SOBRE PREENCHIMENTO DE ATESTADOS

Histórias Clínicas.

1º CASO.

Feto Morto, masculino, 29ª semana de gestação.

Morte intra-útero devida a traumatismo materno. A mãe se achava na 29ª semana de gestação, sofreu agressão à faca, tendo recebido ferimento penetrante no abdômen, com lesão uterina e fetal, que produziu anemia aguda hemorrágica e choque hipovolêmico. Foi atendida em hospital e não faleceu.

O atestado original foi passado da seguinte maneira:

- I a) **Anemia aguda**
- b) **Hemorragia aguda**
- c) **Ferimento por arma branca**

Tipo de Violência: homicídio

FONTE: AIT/GPC, através da Declaração de Óbito e consulta ao médico responsável.

(Vide resposta pág. 32)

2º CASO.

Masculino, 3 horas

Criança nascida em hospital, de parto normal, em precárias condições (Apgar 1).

A gestação havia sido normal, quando mais ou menos aos 9 meses, sua mãe apresentou hemorragia vaginal de pequena intensidade, que aumentou nas últimas 4 (quatro) horas que antecederam o parto.

Com hipovolêmia intensa foi hospitalizada. A criança nasceu cianótica, com sinais e sintomas de anóxia, falecendo uma hora depois. Peso ao nascer, 3.200 gramas. O diagnóstico materno foi descolamento prematuro de placenta.

FONTE: LAURENTI, Ruy & JORGE, Maria Helena P. de Melo. **O atestado de óbito**. São Paulo, 1983.

(Vide resposta pág. 32)

3º CASO.

Masculino, 7 meses.

Há 10 dias choro mais ou menos contínuo, tendo sido notado febre, porém a mãe não soube dizer a quanto chegou a temperatura. Permaneceu uns 2 dias assim, tomando apenas aspirina. Levou a criança ao farmacêutico que disse ser "dor de ouvido" e receitou "gotas". Como não melhorasse, levou a um médico que examinou e diagnosticou "otite média aguda", referindo que era preciso levar a um especialista para fazer paracentese.

A mãe não levou e continuou com os remédios receitados pelo farmacêutico. Há 2 dias, foi notado que estava com o pescoço "um pouco duro" e teve uma convulsão não muito intensa, que cedeu por si. Hoje apresentou nova convulsão, mais intensa, e trouxe ao hospital. Na admissão apresentava: temperatura 39º C, rigidez de nuca, desidratação, pulmões limpos. O exame O.R.L.* revelou otite média bilateral e o liquor mostrou-se purulento. Feito o diagnóstico de meningite purulenta e iniciado tratamento. Aproximadamente 5 horas após a internação, teve uma crise convulsiva bastante intensa, falecendo logo a seguir.

FONTE: LAURENTI, Ruy & JORGE, Maria Helena P. de Melo. **O atestado de óbito**. São Paulo, 1983.

(Vide resposta pág. 32)

4º CASO.

Masculino, 8 meses.

Dia 04/12 começou apresentar diarréia e vômito de moderada intensidade. Como não apresentou melhora com medicação caseira, dia 7 foi internado. Estava desidratado (2º/3º grau), com sinais de ligeira desnutrição. Dia 8 fez aspiração de vômito. O quadro se agravou, aparecendo febre alta, cianose, batimento de asa de nariz, respiração abdominal, o que foi caracterizado como insuficiência respiratória grave. O RX revelou broncopneumonia. Dia 10 pela manhã, foi a óbito.

FONTE: LAURENTI, Ruy & JORGE, Maria Helena P. de Melo. **O atestado de óbito**. São Paulo, 1983.

(Vide resposta pág. 32)

* Otorrinolaringológico

5º CASO.

Feminino, 18 anos.

Há vinte dias foi atropelada por um automóvel em uma das ruas de sua cidade e sofreu escoriações múltiplas, fraturas expostas e traumatismo de crânio. Há dez dias (internada) apareceu sintomas de tétano, dois dias depois surgiram sinais de broncopneumonia, o quadro clínico se agravou e foi a óbito.

FONTE: AIT/GPC/FSCMR/SESB

(Vide resposta pág. 32)

6º CASO.

Feminino, 18 anos (hipotético).

Há sete dias atrás sofreu um pequeno ferimento no pé esquerdo, não tendo dado importância para o mesmo. Há um dia sentiu que não podia abrir a boca e à noite começou a fazer contraturas generalizadas. Foi para o hospital, tendo sido diagnosticado tétano. Faleceu no 2º dia de tratamento.

FONTE: AIT/GPC/FSCMR/SESB

(Vide resposta pág. 33)

7º CASO.

Feminino, 36 anos.

Há 20 anos teve febre reumática, apresentando, como complicação estenose mitral. Há 5 anos vem apresentando insuficiência cardíaca congestiva com compensação após tratamento. Ultimamente o quadro se agravou, sendo que a insuficiência cardíaca tornou-se irreversível. Faleceu com esse quadro. Há 4 anos foi constatado ter hipertensão arterial, a qual evoluiu com níveis variando de 190 – 160 mm Hg (sistólica) e 100 – 120 mmHg (diastólica).

FONTE: LAURENTI, Ruy & JORGE, Maria Helena P. de Melo. *O atestado de óbito.* São Paulo, 1983.

(Vide resposta pág. 33)

8º CASO.

Feminino, 37 anos.

Em 04.02.1971 deu entrada no Pronto Socorro com edema generalizado, dispnéia de esforço e ascite acentuada. Apresentava, ao exame físico, além dos sinais e sintomas acima, pressão arterial 150

x 100 mmHg, coração com bulhas hiperfonéticas, frequência cardíaca 80 por minuto, fígado a 5 dedos do rebordo e ascite + + +. Esta-va, há alguns anos, em tratamento de glomerulonefrite crônica. Tra-tada, melhorou um pouco, com níveis de pressão que variaram entre 150 a 180 mmHg e 100 a 120 mmHg. Em fins de fevereiro de 1972 houve agravamento do seu estado, vindo a falecer em 04.03.1972 em edema agudo do pulmão.

FONTE: LAURENTI, Ruy & JORGE, Maria Helena P. de Mel-lo. **O atestado de óbito.** São Paulo, 1983.

(Vide resposta pág. 33)

9º CASO.

Masculino, 55 anos.

Dois anos antes do falecimento teve infarto do miocárdio con-firmado por E.C.G. A partir desta época começou a apresentar alte-rações mentais na esfera afetiva, com crises frequentes de depressão, choro fácil.

Na manhã do dia do óbito (16.09.1963), deu um tiro no peito com uma garrucha. Foi removido de urgência ao Hospital, onde fale-ceu às 13 horas do mesmo dia.

Na autópsia encontrou-se lesão perfuro-contundente; hemitórax E com 2 litros; transfixação do lobo superior do pulmão E.

FONTE: LAURENTI, Ruy & JORGE, Maria Helena P. de Mel-lo. **O atestado de óbito.** São Paulo, 1983.

(Vide resposta pág. 33)

10 CASO.

Masculino, 55 anos, município de São João (perímetro urbano da sede), Paraná (hipotético).

Familiares do falecido procuraram o médico do Centro de Saú-de local, para o mesmo fornecer o atestado de óbito, contando que a morte foi súbita, não tendo dado tempo para consulta.

Responda:

- a) Qual o procedimento julgado correto nesta situação?
- b) Se você fosse o médico, preencheria o atestado?
- c) Como preencheria?

FONTE: AIT/GPC/FSCMR/SESB

(Vide resposta pág. 34)

11 CASO. - ATESTADO DE ÓBITO - CASO DE ACIDENTE.

Masculino, 7 anos, residente no interior.

Dia 14 de abril próximo passado, às 11 horas, ao atravessar a rua em frente à residência de seus pais, foi atropelado por um automóvel, tendo morte instantânea.

Não havia na cidade perito oficial. No exame cadavérico realizado por peritos nomeados, encontrou-se sinais de fraturas de crânio por esmagamento.

Diante da história apresentada, como você responderia as seguintes perguntas:

1) Não havendo perito oficial (IML) na cidade, o Delegado pode nomear peritos?

2) Quem deve preencher a declaração de óbito?

3) Você cobraria honorários?

4) Além da declaração de óbito, que outro documento seria expedido?

5) Com os dados contidos na história como você preencheria o atestado médico?

FONTE: AIT/GPC/FSCMR/SESB

(Vide resposta pág. 34)

12 CASO. - ATESTADO DE ÓBITO - CASO DE PEÇAS ANATÔMICAS

Masculino, 36 anos.

Internado em hospital devido a acidente, com esmagamento e fraturas múltiplas da perna esquerda em seu terço médio. Não havendo outra alternativa, o membro comprometido foi amputado. O paciente manifestou desejo de que a peça anatômica fosse enterrada em sepultura da família. Se você fosse o médico, nestas circunstâncias, que orientação e documento forneceria?

FONTE: AIT/GPC/FSCMR/SESB

(Vide resposta pág. 36)

13 CASO.

Feminino, 34 anos.

Fratura de clavícula em queda acidental há 9 dias. Durante a anestesia para cirurgia ortopédica fez parada cardíaca, entrou em coma, e faleceu no nono dia, com um quadro de broncopneumonia.

O atestado original foi preenchido da seguinte forma:

PARTE I	INTERVALO
a) Broncopneumonia	9 dias
b) Coma	
c) Seqüela de parada cardíaca.	

FONTE: AIT/GPC/FSCMR/SESB

(Vide resposta pág. 36)

14 CASO.

Masculino, 26 anos.

Transplante renal há nove meses. Há mais ou menos um mês foi internado com rejeição, que recuperou. A seguir, apresentou gastroenterite devido a strongiloidíase comprovada. Ainda internado, apareceu dificuldade respiratória, cujo o exame radiológico foi sugestivo de pneumocisticaríase, entrou em choque endotóxico e faleceu após 48 horas.

NOTA: Antes do transplante foram feitos 5 exames parasitológicos de fezes e todos deram negativos para strongilóide, tendo adquirido provavelmente depois do transplante.

O atestado original foi passado da seguinte maneira:

PARTE I	INTERVALO
a) Choque endotóxico	48 horas
b) Septicemia	—
c) Infecção pulmonar "oportunistica"	30 dias

PARTE II — Homotransplante renal há 9 meses.

FONTE: AIT/GPC/FSCMR/SESB

(Vide resposta pág. 36)

RESPOSTA SOBRE PREENCHIMENTO DO ATESTADO.

1º CASO.

— Forma correta.

- I a) Anóxia; choque hipovolêmico
b) Anemia aguda hemorrágica
c) Traumatismo materno (agressão por arma branca)
- II Mãe agredida em briga por marido alcoólatra.
Tipo de Violência: não preencher

2º CASO.

— Forma correta.

PARTE I	INTERVALO
a) Anóxia (hipoxemia)	1 hora
b) Hipovolemia (pré-choque)	4 horas
c) Descolamento prematuro de placenta	—

3º CASO.

— Forma correta.

PARTE I	INTERVALO
a) Crise convulsiva	Minutos
b) Meningite purulenta	dias
c) Otite média aguda	± 10 dias

4º CASO.

— Forma correta.

PARTE I	INTERVALO
a) Broncopneumonia	3 dias
b) Desidratação	6 dias
c) Gastroenterite	6 dias

PARTE II
Desnutrição ligeira

5º CASO.

— Forma correta.

PARTE I	INTERVALO
a) Broncopneumonia	2 dias

- | | |
|--------------------------------|---------|
| b) Tétano | 10 dias |
| c) Atropelamento por automóvel | 20 dias |

6º CASO.

– Forma correta.

PARTE I	INTERVALO
a) Insuficiência respiratória	Terminal
b) Tétano	2 dias
c)	
PARTE II	
Pequeno ferimento pé esquerdo	7 dias

7º CASO.

– Forma correta.

PARTE I	INTERVALO
a) Insuficiência cardíaca congestiva	5 anos
b) Estenose mitral	20 anos
c) Febre reumática	20 anos
PARTE II	
Hipertensão arterial	4 anos

8º CASO.

– Forma correta.

PARTE I	INTERVALO
a) Edema agudo de pulmão	Terminal
b) Cardiopatia hipertensiva	anos
c) Glomerulonefrite crônica	anos

9º CASO.

– Forma correta.

PARTE I	INTERVALO
a) Anemia aguda	horas
b) Lesão transfixiante do pulmão E	horas
c) Autoagressão (suicídio) por arma de fogo (projétil)	horas
PARTE II	
Infarto do miocárdio	anos
Arteriosclerose coronária	anos

10 CASO.

— Respostas:

- a) Trazer o corpo para o exame, com testemunhas.
- b) Sim, desde que não haja suspeita de violência. O Código Sanitário do Estado (Lei Complementar nº 4, de 07.01.1975 e Decreto nº 3.641, de 14.07.1977, permite. O médico poderá usar testemunhas.
- c) "Sem assistência médica".

NOTAS:

- 1) No presente caso, sugere-se que o médico do Centro de Saúde solicite às testemunhas, que declarem em documento separado (papel ofício), terem presenciado ou verificado a morte; ficando este em seu poder.
- 2) Ante a negativa da proposta acima, o médico deverá se recusar a assinar a D.O. e poderá encaminhar o caso à Polícia local.
- 3) Se o óbito ocorreu em localidade que não possua médico, o Profissional do Centro de Saúde não é obrigado assinar a declaração de óbito, um declarante e duas testemunhas são quem deverão preenchê-la e assiná-la, mediante orientação do Cartório de Registro Civil, de acordo com recomendação do Ministério da Saúde.

11 CASO.

- 1) Sim. O artigo 159, do Código de Processo Penal, em seu 1º parágrafo diz: "Não havendo peritos oficiais, o exame será feito por duas pessoas idôneas, escolhidas de preferência as que tiverem habilitação técnica".
- 2) Em se tratando de morte violenta, o atestado deve ser fornecido por um dos peritos (oficial ou nomeado), como no presente caso.
- 3) O artigo 82, do Código de Ética de Medicina, refere que o médico nomeado perito deve colaborar com a Justiça, e seu parágrafo único, esclarece que ao médico perito é lícito requerer arbitramento de honorários à autoridade competente, não lhe sendo permitido, porém, tratar pagamento com as partes interessadas.

4) Laudo de exame cadavérico, pois o parágrafo único do artigo 162, do Código de Processo Penal, diz que nos casos de morte violenta, bastará o simples exame externo do cadáver quando não há infração penal a se apurar ou quando as lesões externas permitirem precisar a causa de morte e não haja necessidade de exame interno para a verificação de alguma circunstância relevante.

5) Com os dados apresentados, o preenchimento correto do atestado médico da declaração de óbito seria:

PARTE I	INTERVALO
a) Lesões de centros nervosos encefálicos	—
b) Fratura de crânio (esmagamento)	—
c) Colisão de automóvel x pedestre (atropelamento)	—

OBS.: Nos casos de morte violenta, (acidente, homicídio, suicídio) o médico não deve esquecer de assinalar o item 37 da declaração de óbito.

Veja abaixo como foi preenchido o atestado original:

PARTE I	INTERVALO
a) Acidente automobilístico	
b) Fratura de crânio com esmagamento	
c) Hemorragia intra-craniana	

PARTE II

Síndrome de choque

COMENTÁRIO: Não existe seqüência lógica das causas informadas, ou melhor, elas estão de modo inverso. A causa básica (circunstância da violência) deveria estar na letra "C".

12 CASO.

Embora não haja em nosso Estado uma norma ou recomendação da Secretaria quanto ao procedimento legal, há necessidade de se respeitar as tradições culturais. Por outro lado, os responsáveis pelos cemitérios exigem documento para enterrar peças anatômicas. Se o Hospital não dispuser de um modelo próprio para declarar a ocorrência, o médico poderá fornecer um atestado usando seu receituário,

dizendo o tipo de procedimento cirúrgico realizado e a qualificação da pessoa de que foi retirada a referida peça, podendo, inclusive, autorizar o sepultamento em cemitério.

Para o caso de peças ou órgãos de pequeno volume poderá ser providenciada a incineração no próprio hospital. Estas condutas são as recomendadas pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo ¹. Lembrar que não deve ser usado o formulário de declaração de óbito porque, se assim proceder, as pessoas desinformadas vão até o cartório de Registro Civil e registram o óbito da peça anatômica retirada e, por descuido, poderá fazer parte das estatísticas vitais.

13 CASO.

— Forma correta.

PARTE I	INTERVALO
a) Choque anafilático anestésico	9 dias
b) Fratura de clavícula	9 dias
c) Queda acidental	9 dias

PARTE II

Broncopneumonia

Coma

14 CASO.

— Forma correta.

PARTE I	INTERVALO
a) Rejeição	1 mês
b) Transplante renal	9 meses
c) Doença renal	anos

PARTE II

Choque endotóxico 48 horas

Septicemia dias

Infecção pulmonar "oportunistica" 30 dias

OBS.: Para as respostas dos dois últimos casos foi consultado o Dr. Augusto Santo, do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, São Paulo - SP.

1 LAURENTI, Ruy & JORGE, Maria Helena P. de Mello. **O Atestado de óbito.** São Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1979.

INDICADORES DE SAÚDE COM BASE NA MORTALIDADE, NO ESTADO DO PARANÁ, NOS ANOS DE 1965 - 82

ANO	COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL POR 1.000 NASCIDOS VIVOS	INDICADORES				COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS POR 100.000 HAB.	COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA POR 1.000 NASCIDOS VIVOS
		MORTALIDADE PROPORCIONAL (% PRO GRUPO ETÁRIO - 1 ANO		(1) 30,7	50 E +		
1965	50,5	(1) 32,6		(1) 30,7	51,7	0,9	
1970	80,9	28,6		37,1	66,9	0,9	
1975	71,9	(1) 27,1		(1) 39,1	76,6	1,0	
1977	64,1	28,5		38,9	86,7	1,1	
1978	59,5	26,3		43,5	71,6	1,0	
1979	56,3	24,9		45,2	62,2	1,0	
1980	53,2	22,2		48,3	57,3	1,1	
1981(1)	47,0	20,8		50,3	46,2	0,9	
1982	41,6	20,3		51,6	41,1	0,8	

FONTE: Área de Informações Técnicas do Grupo de Planejamento e Controle/FSCMR-SESB com base nas Estatísticas de Mortalidade - Brasil

- (1): Refere-se as sedes distritais.
(2): Dados preliminares.

MORTALIDADE POR CAUSA E GRUPO ETÁRIO NO ESTADO DO PARANÁ - ANO 1982

CASUA	Grupo Etário Quantidade		Menor de 1 ano		1 - 4		5 - 14		15 - 49		50 e +		Ignorado		TOTAL	
			Nº	COEF.	Nº	COEF.	Nº	COEF.	Nº	COEF.	Nº	COEF.	Nº	COEF.	Nº	COEF.
	Doenças Infecciosas e Parasitárias	1.693	79,75	298	3,58	90	0,45	459	1,18	629	7,63	21	65,67	3.190	4,11	4,11
Neoplasmas	14	0,66	42	0,50	88	0,44	898	2,32	3.060	37,13	34	106,32	4.136	5,33	5,33	
Doenças das Glândulas Endócrinas, Nutrição																
Metabolismo e Transtornos Imunários	418	19,69	107	1,28	16	0,08	137	0,35	412	5,00	9	28,14	1.099	1,42	1,42	
Doenças do Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	20	0,94	12	0,14	16	0,08	46	0,12	48	0,58			142	0,18	0,18	
Transtornos Mentais					1	0,01	78	0,20	33	0,40	4	12,51	116	0,15	0,15	
Doenças do Sistema Nervoso e Órgão dos Sentidos	183	8,62	65	0,78	65	0,32	154	0,40	74	0,90	2	6,25	543	0,70	0,70	
Doenças do Aparelho Circulatorio	69	3,25	35	0,42	73	0,36	191	5,14	10.656	129,30	119	372,11	13.943	18,68	18,68	
Doenças do Aparelho Respiratorio	1.021	48,09	244	2,93	58	0,29	293	0,76	1.383	16,78	23	71,92	3.022	3,89	3,89	
Doenças do Aparelho Digestivo	34	1,60	10	0,12	21	0,10	532	1,37	810	9,83	16	50,03	1.423	1,83	1,83	
Doenças do Aparelho Geniturinário	28	1,32	22	0,26	34	0,17	126	0,33	295	3,58	5	15,63	510	0,66	0,66	
Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério					1	0,01	168	0,43			1	3,13	170	0,22	0,22	
Doenças da Pele e Tecido Celular, Subcutâneo	1	0,05					5	0,01	11	0,13			17	0,02	0,02	
Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo					2	0,01	17	0,04	7	0,08			26	0,03	0,03	
Anomalias Congênitas	663	31,23	55	0,66	22	0,11	19	0,05	5	0,06	2	6,25	766	0,99	0,99	
Algumas Afeções Originadas no Período Perinatal	3.514	165,52											3.514	4,53	4,53	
Síndromes, Síndromes e Afeções Mal Definidas	1.235	58,18	329	3,95	147	0,73	1.224	3,16	4.281	1,95	69	215,76	7.285	9,39	9,39	
Causas Externas	72	3,39	190	2,28	448	2,23	3.406	8,79	1.061	12,87	79	247,01	5.265	6,77	6,77	
TOTAL	8.965	422,29	1.409	16,90	1.082	5,39	9.553	24,65	22.765	276,22	384	1.200,75	44.158	5,69	5,69	

FONTE: AIT/GPC/FSCMR-SESB PR - FEVEREIRO 1984

NOTA: COEFICIENTE POR 10.000 HABITANTES PARA O GRUPO ETÁRIO CORRESPONDENTE
1 - 1: Coeficiente de mortalidade geral

INDICADORES DE SAÚDE COM BASE NA MORTALIDADE, ESTADO DO PARANÁ, ALGUNS ESTADOS DO BRASIL E PAÍSES, NOS ANOS DE 1978 - 80

ESTADO E PAÍS	ANO	INDICADORES	COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL POR 1.000 NASCIDOS VIVOS		MORTALIDADE PROPORCIONAL (% PRO GRUPO ETÁRIO 1 ANO		50 E +		COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS POR 100.000 HAB.		COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA POR 1.000 NASCIDOS VIVOS	
			Paraná	1980	53,2		53,2		88,3		57,3	
Brasil	1980	65,2		65,2		48,4		58,7		0,9		
Pernambuco	1980	185,5		37,1		35,9		70,1		1,6		
Pará	1980	94,2		29,8		36,8		81,3		4,1		
São Paulo	1980	54,4		21,2		53,4		57,5		0,6		
Rio G. Sul	1980	41,4		13,9		62,5		31,9		0,7		
S. Catarina	1980	39,8		19,2		55,2		35,6		0,4		
Goiás	1980	37,5		17,8		45,4		57,0		1,1		
México	1978	44,1	(1)	27,0	(1)	38,4	(1)	133,1	(1)	1,2	(1)	
Argentina	1978	40,8		11,6		68,9		42,3		0,8		
Chile	1979	37,9	(2)	12,7	(2)	63,3	(2)	41,7	(2)	0,9	(2)	
Venezuela	1979	33,1	(2)	22,5	(2)	46,9	(2)	56,6	(2)	0,6	(2)	
U.S.A.	1979	13,0	(2)	2,4	(2)	84,2	(2)	8,3	(2)	0,1	(2)	
Japão	1979	7,9		1,9		83,9		10,7		0,2		
Suécia	1979	7,5		0,8		92,0		6,8		0,0		

FONTE: AIT/GPC/FSCMR-SESB, com base nas Estatísticas de Mortalidade - Brasil 1979 80/MS e World Health Statistics/WHO

- (1): 1976
(2): 1978

O ATESTADO DE ÓBITO DO PONTO DE VISTA JURÍDICO *

RUY LAURENTI

Professor Titular do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da U.S.P.

Diretor do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças.

M. HELENA P. DE MELLO JORGE

Professor Assistente Doutor do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da U.S.P.

O problema das implicações jurídicas da morte está fundamentalmente ligado ao conceito desse evento vital, e conseqüente consideração do que se entende por cadáver, quando começa e quando termina sua existência. Ligado ainda a esse assunto surge o problema de se saber, visto que "nenhum enterramento pode ser feito sem certidão do oficial do cartório, extraído após a lavratura do **assento de óbito feito à vista do atestado do médico**", qual a obrigatoriedade desse profissional em fornecer o atestado.

Do ponto de vista jurídico, o atestado de óbito se constitui na prova cabal e incontestável do desaparecimento do indivíduo, assegurando, assim, a realidade da morte, satisfazendo exigências da determinação da sua causa jurídica e esclarecendo questões de ordem sanitária. Neste aspecto, visa, o atestado, principalmente, à elaboração de estatísticas com a precisão exata da causa da morte. No que se refere à causa jurídica, é importante que seja determinado se se trata de morte natural ou violenta. A lei prevê o registro obrigatório do óbito, não se contentando, no caso, com a simples informação do declarante: exige ela que o fato se documente com o atestado passado pelo médico, ou com a declaração de duas testemunhas que tenham presenciado ou verificado o óbito (38).

Regulam a matéria, a nível nacional, artigos do Código Civil, Código Penal, Código de Processo Penal, Lei dos Registros Públicos e Código de Ética Médica que, acompanhados por normas, a nível de cada Estado, constituem a legislação, em vigor, sobre a matéria.

* "O Atestado de Óbito". Série Divulgação no. 1. Reprodução parcial autorizada. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (MS/USP) OPAS/OMS).

ÓBITO - CONCEITO

A morte pode ser juridicamente entendida como o "desaparecimento permanente de todo sinal de vida, em um momento qualquer depois do nascimento", ou, conforme definição da Organização Mundial da Saúde, "o desaparecimento de todos os sinais de vida ou a cessação das funções vitais, sem a possibilidade de ressuscitar" (30).

É evidente que esses conceitos, vistos, tanto do campo do Direito quanto daquele da Saúde fazem pressupor a existência anterior de vida, pois, somente terminada esta, é que se pode, a rigor, entender a morte.

Se o indivíduo passa da vida à morte, não há dúvida de que se tem um cadáver, para o qual deve ser fornecido o atestado de óbito. A vida humana aqui considerada começa com o nascimento e a Organização Mundial de Saúde, a fim de padronizar conceitos e possibilitar a comparabilidade internacional de dados, estabeleceu que "nascido vivo é o produto de concepção que depois de expulso ou extraído completamente do corpo da mãe, respira ou dá qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, quer tenha ou não sido cortado o cordão umbilical e esteja ou não desprendida a placenta" (30).

Assim, a criança que nasce apresentando "sinal de vida", qualquer que seja o tempo de gestação, deve ser considerada nascida viva, e, como tal, objeto de um registro de nascimento. Se, por qualquer motivo, incluídas as precárias condições de vida que possa apresentar, o recém-nascido, vier a morrer em momento qualquer posterior ao nascimento, será considerado cadáver, sujeito a enterramento e, portanto, registro do óbito, devendo, assim, ser fornecido o atestado. No caso de menores de um ano, ao ser feito o registro de óbito, o oficial do cartório, de conformidade com a legislação em vigor, indagará se foi feito o registro de nascimento devendo, em caso negativo, fazê-lo concomitantemente ao do óbito.

Em resumo, desde que haja um nascimento com vida, sobrevivendo a morte, em cumprimento às exigências legais, deve ser fornecido o atestado de óbito, no modelo em vigor no Brasil (anexo 1).

PERDAS FETAIS

Profissionais médicos vêm-se, muitas vezes, frente a problemas relativos à conduta a ser adotada em casos de produtos de concepção extraídos ou expelidos sem vida do corpo da mãe: se é necessário um enterramento e se há, portanto, necessidade do fornecimento de atestado. Em outras palavras, a partir **de que** ou **de quando** esse atestado é necessário, a partir **de que** ou **de quando** se começa a ter um cadáver, sendo portanto, necessário promover o seu enterramento.

Num raciocínio simplista, adotado por alguns juristas, principalmente da linha alemã, com alguns seguidores na Itália (9) (16), cadáver pode ser considerado "o corpo do homem que viveu: feto e nascido morto, não foram, jamais, homens; não viveram, não podendo, portanto, ser considerados cadáveres". Assim porque jamais estiveram vivos e não chegaram sequer ao nascimento, escapariam à tutela jurídica. Entretanto, a melhor doutrina e a mais autorizada jurisprudência, nacional e estrangeira, estão orientadas no sentido de não ser necessária a busca ou procura de vida extra-uterina, afirmando que, atingindo o feto a maturação e sendo expulso ou extraído, mesmo sem vida, do corpo da mãe, já possa ser considerado cadáver e, portanto, passível de enterramento (36).

Considera-se "perda fetal" ou "morte fetal" a morte de um produto de concepção antes da expulsão do corpo da mãe, independente da duração da gravidez. A morte do feto é caracterizada pela inexistência, depois da separação, de qualquer sinal descrito para o nascido vivo (30).

Esse conceito deixa claro que a duração da gestação não é levada em conta no conceito global, sendo o critério "tempo" usado somente para classificar perdas feitas. Podem ser elas subdivididas em:

1. Perdas precoces, com menos de vinte semanas;
2. Perdas intermediárias, de vinte a vinte e sete semanas completas e
3. Perdas tardias, com vinte e oito ou mais semanas de gestação.

Embora usualmente se designe por "nascido morto" todo aquele que nasceu morto, somente às perdas feitas de gestações de vinte e oito semanas ou mais de duração é que, cientificamente, se dá essa denominação (30).

A definição de nascido morto baseia-se fundamentalmente em

dois elementos: um para distinguí-lo do nascido vivo e outro para diferenciá-lo do que se conhece como aborto, grupo representado pelas perdas fetais precoces e intermediárias. O primeiro elemento — que vai distinguir um nascido morto de um nascido vivo — é o já referido “sinal de vida”; no extremo oposto, estabelecendo a distinção entre nascido morto e aborto, está colocado o período mínimo de vinte e oito semanas de gestação.

A distinção entre as duas figuras citadas — nascido vivo e nascido morto — é extremamente importante, tanto do ponto de vista jurídico quando daquele de estatística de saúde. Erros quanto à inclusão de um nascimento num ou noutro grupo podem originar problemas vários dentro do Direito das Sucessões, além de afetarem todos os indicadores de saúde que, no numerador ou no denominador, trabalham com esses valores (37) (38).

A Lei dos Registros Públicos, em vigor no Brasil (6), ao tratar do nascimento e do óbito, obriga a que “mesmo no caso, de ter a criança nascido morta, seja promovido o registro”. Dessa forma, embora a lei não defina o que se deva entender por nascido morto, frente ao conceito internacional, deve ser ele considerado cadáver, sujeito a registro civil e conseqüente enterramento.

A fundamentação básica para que o produto seja considerado cadáver, objeto de enterramento e, portanto, com fornecimento obrigatório de atestado, a fim de que o registro seja feito, é a idade de gestação (28 semanas). Por representar, entretanto, o critério cronológico, intrinsecamente, dado de obtenção, às vezes não muito fácil — visto que se baseia sempre na data da concepção — poder-se-ia pensar no estabelecimento de um paralelo entre ele e um critério ponderal; corresponde este ao ganho de peso que o feto tem no decurso da gestação. Trabalhos recentes têm mostrado que o feto, na vigésima oitava semana de gestação, pesa aproximadamente 1000g (14) (22). A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia — FIGO — adota, como correspondentes a esse tempo o peso de 1000 gramas ou o comprimento de 35 centímetros medidos do ponto mais alto da cabeça até os calcânhares (39).

Assim, produtos expelidos ou extraídos sem vida do corpo da mãe, com período de gestação de 28 ou mais semanas, peso mínimo de 1000 gramas ou comprimento de, pelo menos 35 centímetros,

devem ser considerados cadáveres e como tal, passíveis de atestado e registro civil, para posterior enterramento. São consideradas crianças nascidas mortas e para elas deve ser fornecido atestado, com o preenchimento dos ítems correspondentes, no modelo de atestado em vigor no Brasil.

A noção de cadáver entrou para a lei brasileira — Código Penal — (4) dentro do título dos crimes contra o sentimento religioso e contra o respeito aos mortos (art. 211 e seguintes) espécies do mesmo gênero, dada a incontestável afinidade entre um e outro, pelo sentimento religioso que comumente se tributa aos defuntos, sentimento profundo e difuso na humanidade, sentimento que redundava em respeito, mesmo para os materialistas e agnósticos (36).

Assim, se se considera que a perda fetal tardia, embora não tenha tido vida extra-uterina, é cadáver, surge o problema de se saber que razão existe para que o ordenamento jurídico tutele o nascido morto e deixe de tutelar o feto antes da 28ª semana de gestação.

Na realidade, tem-se dito, no Direito Penal, que não é possível fazer depender somente da idade gestacional a subsistência de crimes, porque, a rigor, a ética e o sentimento humano, que têm ditado as normas jurídicas sobre esses pontos, induzem a não afastar da noção de cadáver, um feto que, embora com menor tempo de gestação, tenha semelhança humana. É necessário, portanto, alargar os limites da noção de cadáver, e não fazê-la depender, apenas, de um critério cronológico, mas agregar, a este, a semelhança humana.

Pode-se dizer que, no silêncio da lei, este parece ser o elemento que vai, a rigor, nortear a atitude de se considerar ou não um feto como cadáver mais do que a vida intra ou extra-uterina, mais do que a vitalidade ou a maturidade, é a semelhança humana que dá a definição que se procura (36).

O problema que surge é a determinação do limite mínimo desse grupo, ou seja a partir de que momento ou de que características de feto pode-se pensar em tratá-lo como cadáver.

Se a idade gestacional for de 20 a 27 semanas, época em que a semelhança humana já é completa (34) (ou, quando esta determinação não for possível, mas se puder constatar que o produto da concepção pesa entre 500 a 1000 gramas ou tenha um comprimento

mínimo de 25 centímetros do ponto mais alto da cabeça até os calcanhares) (39), **recomenda-se** ao médico que forneça o atestado médico, para os devidos registro e enterramento.

É preciso deixar claro, dado que a lei é omissa tanto com relação ao registro, quanto ao destino a ser dado a esse produto, **que não se trata de imposição legal, mas apenas de uma recomendação de fornecimento desse atestado.** Do ponto de vista de saúde é importante o conhecimento das características desse grupo — perdas fetais intermediárias — visto proporcionarem importantes informações na área da saúde materna. O próprio Ministério da Saúde adotou essa linha, ao prever, no atestado, anotação especial para produtos de gestação, entre 20 e 27 semanas, que vêm à luz sem vida.

Para idade gestacional menor que 20 semanas, com feto pesando menos de 500 gramas ou medindo menos que 25 centímetros, o produto é considerado, juridicamente, parte da mãe, (7) (15) não havendo também, obrigatoriedade de registro e enterramento. Do ponto de vista da saúde considera-se que o registro dessas perdas possa se constituir em importante subsídios para o estudo de aborto espontâneo e provocado. Entretanto, embora se recomende, também aqui, o fornecimento do atestado, têm-se demonstrado que existe grande subnumeração de seus registros (37). Assim, **não é necessário, para estes casos, o fornecimento do atestado,** podendo, os produtos, ser incinerados no hospital ou outro estabelecimento, ou ainda, entregue à coleta hospitalar adequada, de acordo com as normas estabelecidas para a matéria.

A Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em recente regulamentação sobre matéria correlata (Diário Oficial do Estado de 30 de março de 1978) aborda o assunto, estando, especificamente, em estudos, problemas relacionados ao destino dos fetos. É preciso ficar claro que, sob nenhuma hipótese devem ser considerados como lixo e entregues, portanto, à coleta pública comum.

O que poderia preconizar, seria a publicidade de adoção dos conceitos da Organização Mundial de Saúde, através de legislação federal, a exemplo do que fez a lei portuguesa (decreto lei 44.128 de 28 de dezembro de 1961) (1) de modo a não permitir que, por falta de padronização de entendimento do que sejam nascidos vivos

e nascidos mortos, deixem os registros de cumprir suas reais finalidades, tanto jurídica quanto estatística.

PEÇAS ANATÔMICAS E PARTES DE CADÁVER

Juridicamente, pode-se dizer que existe cadáver "enquanto persistir a conexão entre as suas partes" (3), sendo esta, talvez, a razão pela qual a lei é omissa ao tratar do registro e enterramento de suas partes.

Especificamente, quanto a partes de cadáver, o problema escapa à esfera médica, tornando-se, eminentemente, de ordem policial. No caso de descoberta de crânio ou ossada humana por exemplo, a remoção deve ser sempre feita pela autoridade policial que envia a peça ao Instituto Médico-Legal, para expedição do laudo necroscópico, conseqüente atestado, registro e enterramento.

Tal linha de raciocínio deve ser seguida sempre que a peça for passível de ser relacionada com pessoa humana.

Quanto a peças anatômicas, retiradas por ocasião de atos cirúrgicos ou amputação de membros, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo através de sua Coordenadoria de Assistência Hospitalar elaborou recomendação, publicada no Diário Oficial de 30.03.78, que estabeleceu para membros amputados, enterramento ou cremação, e incineração, no próprio hospital para pequenas peças (recomendação vigente para o Estado de São Paulo).

A QUEM INCUMBE O FORNECIMENTO DE ATESTADOS

A certidão de óbito é documento indispensável para que qualquer enterramento seja feito. É o que determinava a anterior Lei dos Registros Públicos e o que reza a Lei Federal 6015 de 31.12.1973.

Art. 77: Nenhum enterramento será feito sem certidão do oficial de registro do lugar de falecimento, extraída após a lavratura do assento do óbito, em vista do atestado médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.

Até certa época, em nosso meio, os atestados de óbito eram feitos, em via única no próprio receituário dos médicos. Oscar Freire, em 1919, empenhou-se junto à Sociedade de Medicina e Cirurgia

para que os atestados passassem a ser feitos em folhas duplas, que contivessem todas as indagações necessárias, a fim de atender às várias finalidades desse documento (12); uma das vias ficaria arquivada no cartório e outra deveria seguir para a competente repartição de Estatística, para a elaboração das correspondentes estatísticas de mortalidade.

Ao médico incumbe, nos termos da legislação em vigor, o fornecimento do atestado de óbito.

O Código de Ética Médica do Brasil, (elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, em cumprimento ao artigo 30 da lei 3268/57 e publicado no Diário Oficial da União de 11.1.65, S.1., P. II) em seu art. 52 e 53, é expresso, relativamente ao assunto:

Art. 52º: Atestar óbito quando não tenha verificado pessoalmente a realidade da morte ou prestado assistência, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista em hospitais, clínicas ou estabelecimentos congêneres, ou em caso de necrópsia ou verificação médico-legal, ou quando a morte tenha ocorrido em localidade onde não existe serviço de verificação de óbito.

Art. 53º: Deixar de atestar óbito de paciente a que vinha prestando assistência, exceto quando ignorar a causa da morte.

Assim, é sempre dever do médico que vinha prestando assistência ao falecido, o fornecimento do Atestado de Óbito.

O Código de Ética prevê, entretanto, situações especiais, nas quais, ao médico, é permitido deixar de fornecê-lo. Como promover o enterramento desse cadáver, em face à Lei dos Registros Públicos?

MORTES VIOLENTAS

Em caso de morte não-natural — aquela que sobrevem de decorrência de um acidente, envenenamento ou violência — o enterramento somente será feito após necrópsia realizada pelo Instituto Médico-Legal. É evidente que, nesse caso, a determinação da causa de morte vai se constituir em elemento de prova, do ponto de vista jurídico, razão pela qual, por peritos oficiais, deverá ser realizado o exame do corpo de delito (art. 162 Código de Processo Penal) (5).

O atestado do perito médico-legal deve ser fornecido no mes-

mo impresso que o atestado de óbito comum, colocando, na causa da morte a conclusão de seu laudo necroscópico (vide casos 7 e 10 dos ítems 1.4.1 e 1.4.2 deste trabalho), anotando no ítem V, nº 37 - 38 - 39, o tipo de violência que ocasionou a morte (homicídio, suicídio) se acidente de trabalho (sim ou não, ignorado) e o local do acidente (trânsito, doméstico, outros, ignorado).

É importante salientar que o exame necroscópico deve ser requisitado mesmo nos casos em que a morte não sobrevenha imediatamente ao acidente ou violência, fato, principalmente, comum nas quedas e alguns tipos de suicídio. Assim, mesmo que a pessoa, tendo ou não estado hospitalizada após o acidente, venha a morrer em consequência das lesões causadas pelo acidente, não importando o tempo decorrido entre este e a morte, somente o Instituto Médico-Legal é competente para o fornecimento do atestado de óbito.

MORTES NATURAIS

Surge o problema de se saber a quem incumbe o fornecimento do atestado de óbito em caso de morte natural, tendo o óbito sobrevivendo, sem ter, o paciente, um médico assistente.

Com essa finalidade, existem os chamados Serviços de Verificação de Óbitos - SVO.

Na capital de São Paulo, regulamentado pelo Decreto 4967 de 13 de abril de 1931 (alterado pela Lei 10095 de 3 de maio de 1968 e decreto 51914 de 5 de dezembro de 1968), ao S.V.O. compete determinar a causa de morte:

- dos indivíduos falecidos sem assistência médica e
- dos indivíduos falecidos com atestado médico de doença mal definida.

É evidente e indiscutível a importância desses serviços e é assim de se preconizar que eles sejam multiplicados. Em municípios, entretanto, onde ainda não existe S.V.O. instalado, mas que contem com serviços profissionais médicos — no caso de Estado de São Paulo — a lei 10095 e o decreto 51914 tratam da matéria, determinando que “nos casos de óbito sem assistência médica, o atestado deva ser fornecido por médico da Secretaria da Saúde, nos termos do art. 4º, ítem I da Lei 10095”. Reportando-se à essa lei, verifica-se que os

médicos da Secretaria da Saúde estão obrigados aos fornecimentos do atestado "após a realização de necrópsias". Causa espécie tal determinação, uma vez que, pode-se facilmente concluir que esse profissional não está habilitado para essa tarefa, bem como, a ele falta a infraestrutura necessária à sua realização. Entretanto, tem-se o fato concreto de que a morte ocorreu e para que o corpo possa ser enterrado, há necessidade de um atestado médico.

O próprio Código de Ética Médica em seu art. 52, trata do assunto:

"Atestar óbito quando não tenha verificado pessoalmente a realidade da morte ou prestado assistência, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista em hospitais, clínicas ou estabelecimentos congêneres, ou em caso de necrópsia ou verificação médico-legal, ou quando a morte tenha ocorrido em localidade onde não existe serviço de verificação de óbito."

É evidente que o médico, nestes casos, não terá elementos para firmar o diagnóstico da doença que levou à morte, não podendo, portanto preencher devidamente os ítems relativos às causas de morte. O que se preconiza, neste caso, é que o médico forneça o atestado, a fim de que o enterramento possa ser feito, anotando, entretanto, que se trata de óbito sem assistência médica. É preciso, entretanto, ter em mente que, dada a função eminentemente legal do atestado de óbito — como se viu, fazer prova de que o indivíduo não mais existe — é preciso certificar-se da realidade da morte, bem como da identificação do falecido. O que acontece, nestes casos é que se vai ter um **atestado de óbito** e não **atestado da causa do óbito** — exigindo-se, pelo menos, que o médico se certifique do fato de ter a pessoa realmente falecido. Deverá ele anotar que não assistiu ao falecido, informando, no ítem relativo à causa da morte, que se trata de óbito sem assistência médica, não colocando, portanto, nenhum diagnóstico.

Acresce a este o fato de, a própria Lei dos Registros Públicos permitir que, em localidade onde não haja médico, duas pessoas, que tenham presenciado ou verificado o óbito, possam promover seu registro. Esse recurso, previsto pela lei, deverá ser invocado somente

Acresce a este o fato de, a própria Lei dos Registros Públicos permitir que, em localidade onde não haja médico, duas pessoas,

que tenham presenciado ou verificado o óbito, possam promover seu registro. Esse recurso, previsto pela lei, deverá ser invocado somente nos casos em que não haja médico na localidade. É certo que, neste caso, o atestado não estará cumprindo sua finalidade estatística relativa à causa de morte, mas fazendo constar do atestado que o óbito ocorreu sem assistência médica, este fato se constituirá em elemento importante para programas governamentais de saúde.

Em conclusão, nas localidades, onde não exista Serviço de Verificação de Óbitos, as mortes sem assistência médica **poderão ser atestadas por qualquer médico**, incumbindo, entretanto, aos **médicos da Secretaria da Saúde, o dever de fazê-lo**. O médico poderá negar-se a isso somente quando houver fundadas razões para tal, entendidas estas, principalmente quando suspeitar de qualquer tipo de violência, caso em que deverá dar ciência à autoridade competente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida, J.A. e Duarte, F.J.M. Legislação médica anotada. Brestrand-Amadora, Lisboa, 1973.
2. Beadenkopt, W.G. et al. An assessment of certain medical aspects of death certificate data for epidemiologic study of arteriosclerotic heart diseases.-J.Chron. Dis.16:249-52,1962.
3. Bengoa, F.B. Temas de Derecho penal: 2. Montevideo, Centro de Estudiantes de notariado, 1962.
4. Brasil, Leis e Decretos. Código Penal Brasileiro: decreto 2848 de 7 de dezembro de 1940, Saraiva, São Paulo, 1969.
5. Brasil, Leis e Decretos. Código de Processo Penal. Decreto nº 3689 de 3 de outubro de 1941. Saraiva, São Paulo, 1959.
6. Brasil, Leis e Decretos. Registros Públicos. Lei 6015 de 31 de dezembro de 1973. Atlas, São Paulo, 1976.
7. Carvalho Santos, J.M. Cadáver. In: Repertório enciclopédico do direito brasileiro: 6. Rio, Borsoi, 1966.
8. Committee on Medical Certification of Causes of Death. Statistical section - Problems in the medical certification of causes of death.-Amer. J. Publ. Hith. 48:71-80, 1958.
9. Dall'Ora. A Sulla nozione giuridicopenale di cadavere Riv.

Ital. Dir. Proc. Penale. Milano, 2:312, 1949.

10. De Porte; J.V. Mortality statistics and the physician.-Amer. J. Publ. Hith. 31:1051-6.
11. Dorn, H.F. e Moriyama, I.M. Uses and significance of multiple cause tabulations for mortality statistics.-Amer. J. Publ. Hith. 54:400-406, 1964.
12. Favero, F. Medicina Legal. São Paulo, Martins, 1962.
13. Fonseca, L.A.M. e Laurenti, R. A qualidade da certificação médica da causa de morte em São Paulo.- Rev. Saúde Publ. São Paulo, 8:21-9, 1974.
14. Gruenwald, P. Growth of the human fetus.-Am.Obst.e Ginec. 94(8):112-9, abril, 1966.
15. Hungria, N. Comentário ao Código Penal:8. Rio,Forense,1958.
16. Introna,F.Sulla nozione di cadavere,-Arch.Penale.1:281-9, 1954.
17. Jablon, S. et al. on the significance of cause of death as recorded on death certificates in Hiroshima and Nagasaki, Japan, In: Haeuszel, W. ed. Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases. Bethesda, Md. National Cancer Institute, 1966, p. 445-465.
18. James, G. et al. Accuracy of cause of death statements on death certificates.-Publ. Hith Rep. 70-39-51, 1955.
19. Laurenti, R. Causas múltiplas de morte. Tese de Livre-Docência. Faculdade de Saúde Pública USP, 1973.
20. Logan W.P.D. Refresher course for general practitioners: Death Certification,-Brit.Med.Jour.1:1272-1274, 1953.
21. Logan, W.P.D. Instruction of medical practitioners in death certification in England and Wales.-Bull. Wid. Hith.-Org. 11:258-261, 1954.
22. Lubchenco, L.O., et al. Intrauterine growth as estimate from live born - birth weight data at 24 to 42 weeks of gestation.-Pediatrics, 32(5): 703-800, nov. 1963.
23. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death, 6th revision, Geneva, World Health Organization, 1948.

24. Milanesi, M.L. e Laurenti, R.-O Estudo interamericano de mortalidade em São Paulo, I - Estado atual da certificação médica da causa de óbito no distrito da capital. Rev. Ass. Med. Bras. 10:111-116, 1964.
25. Moriyama, I.M.-Improving the quality of medical certification of causes of death in the USA, Bull. Wid. Hith. Org. 11:791-794, 1954.
26. Moriyama, I.M.-Development of the present concept of cause of death. Amer. J. Publ. Hith. 46:436-41, 1956.
27. Moriyama, I.M. et al.-Inquiry into diagnostic evidence supporting medical certifications of death. Amer. J. Publ. Hith., 48:1376-1387, 1958.
28. Moriyama, I.M.-Factors in diagnosis and classification of deaths from c.v.r. diseases. Publ. Hith., Rep., 75:189-195, 1960.
29. Moriyama, I.M. et al.-Evaluation of diagnostic information supporting medical certification of deaths from cardiovascular, disease. In: Haeuszol, W. ed. Epidemiology approaches to the study of cancer and other chronic diseases. Bethesda, Md, National Cancer Institute, 1966. p.405-419.
30. Naciones Unidas. Departamento de Assuntos Economicos y Sociales. Manual de metodos de estatísticas vitales. Nueva York, 1955 (Estudios Metodológicos, Série F, nº 7).
31. Oficina Sanitária Panamericana. Educacion y Adiestramiento en Certification Médica (Informe del Grupo de Trabajo) - La Enseñanza de la Certificación Médica de las causas de Defuncion - Bol. Of. Sanit. panam. 48(6), 487-521, 1960.
32. Puffer, R.R. e Griffith, G.W.-Patterns of urban mortality. Washington, D.C. Pan American Health Organization, 1973 (Scientific Publication, 151).
33. Puffer, R.R. e Serrano, C.V.-Patterns of Mortality in childhood Washington, D.C. Pan American Health Organization. 1973 (Scientific Publication, 262).
34. Rezende, J.-Obstetrícia. Guanabara-Koogan, Rio. 1969.
35. Sellers, A.H.-The physician's statement of cause of death. Amer. J. Publ. Hith, 28:430-434, 1938.

36. Silveira, M.H. A tutela jurídica do cadáver. Faculdade de Direito USP. São Paulo, 1966 (Dissertação).
37. Silveira, M.H. Perda Fetais do distrito de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública USP, 1974 (Monografia de Mestrado).
38. Silveira, M.H. e Laurenti, R. Os eventos vitais: aspectos de seus registros e interrelação da legislação vigente com a estatísticas de saúde.- Rev. Saúde Publ. São Paulo,7:37-50, 1973.
39. Who: Recommended definitions, terminology and format for statistics tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths.-Acta obstet. Gynecol. Scand. 56:247-253, 1977.

**“MAIS IMPORTANTE QUE
A PRÓPRIA ESCOLHA
É SABER
QUE PODEMOS ESCOLHER”**

LEGISLAÇÃO COMPLEMENTAR AO CÓDIGO CIVIL

CAPÍTULO IX – DO ÓBITO

Art. 77 – Nenhum sepultamento será feito sem certidão, do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.

§ 1º – Antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de 1 (um) ano, o oficial verificará se houve registro de nascimento, que, em caso de falta, será previamente feito.

§ 2º – A cremação de cadáver somente será feita daquele que houver manifestado a vontade de ser incinerado ou no interesse da saúde pública e se o atestado de óbito houver sido firmado por 2 (dois) médicos ou por 1 (um) médico legista e, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciária.

Art. 78 – Na impossibilidade de ser feito o registro dentro de 24 (vinte e quatro) horas do falecimento, pela distância ou qualquer outro motivo relevante, o assento será lavrado depois, com a maior urgência, e dentro dos prazos fixados no art. 50.

Art. 79 - São obrigados a fazer declaração de óbitos:

1º) o chefe de família, a respeito de sua mulher, filhos, hóspedes, agregados e fâmulos;

2º) a viúva, a respeito de seu marido, e de cada uma das pessoas indicadas no número antecedente;

3º) o filho, a respeito do pai ou da mãe; o irmão, a respeito dos irmãos, e demais pessoas de casa, indicadas no nº 1; o parente mais próximo maior e presente;

4º) o administrador, diretor ou gerente de qualquer estabelecimento público ou particular, a respeito dos que nele faleceram, salvo se estiver presente algum parente em grau acima indicado;

5º) na falta de pessoa competente, nos termos dos números anteriores, a que tiver assistido aos últimos momentos do finado, o médico, o sacerdote ou vizinho que do falecimento tiver notícia;

6º) a autoridade policial, a respeito de pessoas encontradas mortas.

Parágrafo único – A declaração poderá ser feita por meio de preposto, autorizando-o o declarante em escrito de que constem os elementos necessários ao assento de óbito.

Art. 80 – O assento de óbito deverá conter:

1º) a hora, se possível, dia, mês e ano do falecimento;

2º) o lugar do falecimento, com indicação precisa;

3º) o prenome, nome, sexo, idade, cor, estado civil, profissão, naturalidade, domicílio e residência do morto;

4º) se era casado, o nome do cônjuge sobrevivente, mesmo quando desquitado, se viúvo, o do cônjuge pré-defunto; e o cartório de casamento em ambos os casos;

5º) os nomes, prenomes, profissão, naturalidade e residência dos pais;

6º) se faleceu com testamento conhecido;

7º) se deixou filhos, nome e idade de cada um;

8º) se a morte foi natural ou violenta e a causa conhecida, com o nome dos atestantes;

9º) o lugar do sepultamento;

10) se deixou bens e herdeiros menores ou interditos;

11) se era eleitor.

Art. 81 – Sendo o finado desconhecido, o assento deverá conter declaração de estatura ou medida, se for possível, cor, sinais aparentes, idade presumida, vestuário e

qualquer outra indicação que possa auxiliar de futuro o seu reconhecimento; e, no caso de ter sido encontrado morto, serão mencionados esta circunstância e o lugar em que se achava e o da necrópsia, se tiver havido.

Parágrafo único – Neste caso, será extraída a individual dactiloscópica, se no local existir esse serviço.

Art. 82 – O assento deverá ser assinado pela pessoa que fizer a comunicação ou por alguém a seu rogo, se não houver ou não puder assinar.

Art. 83 – Quando o assento for posterior ao enterro, faltando atestado de médico ou de duas pessoas qualificadas, assinarão, com a que fizer a declaração, duas testemunhas que tiverem assistido ao falecimento ou ao funeral e puderem atestar, por conhecimento próprio ou por informação que tiverem colhido, a identidade do cadáver.

Art. 84 – Os assentos de óbitos de pessoas falecidas a bordo de navio brasileiro serão lavrados de acordo com as regras estabelecidas para os nascimentos, no que lhes for aplicável, com as referências constantes do art. 80, salvo se o enterro for no porto, onde será tomado o assento.

Art. 85 – Os óbitos, verificados em campanha, serão registrados em livro próprio, para esse fim designado, nas formações sanitárias e corpos de tropas, pelos oficiais da corporação militar correspondente, autenticado cada assento com a rubrica do respectivo médico chefe, ficando a cargo da unidade que proceder ao sepultamento o registro, nas condições especificadas, dos óbitos que se derem no próprio local de combate.

Art. 86 – Os óbitos, a que se refere o artigo anterior, serão publicados em boletim da corporação e registrados no registro civil, mediante relações autenticadas, remetidas ao Ministério da Justiça, contendo os nomes dos mortos, idade, naturalidade, estado civil, designação dos corpos a que pertenciam, lugar da residência ou de mobilização, dia, mês, ano e lugar do falecimento e do sepultamento para, à vista dessas relações, se fizerem os assentamentos de conformidade com o que a respeito está disposto no art. 66.

Art. 87 – O assentamento de óbito ocorrido em hospital, prisão ou outro qualquer estabelecimento público será feito, em falta de declaração de parentes, segundo a da respectiva administração, observadas as disposições dos arts. 80 a 83 e o relativo a pessoa encontrada acidental ou violentamente morta, segundo a comunicação, *ex officio*, das autoridades policiais, às quais incumbe fazê-la logo que tenham conhecimento do fato.

Art. 88 – Poderão os juízes togados admitir justificação para o assento de óbito de pessoas desaparecidas em naufrágio, inundação, incêndio, terremoto ou qualquer outra catástrofe, quando estiver provada a sua presença no local do desastre e não for possível encontrar-se o cadáver para exame.

Parágrafo único – Será também admitida a justificação no caso de desaparecimento em campanha, provados a impossibilidade de ter sido feito o registro nos termos do art. 85 e os fatos que convençam da ocorrência do óbito.

ÓBITO DURANTE PLANTÃO

Ocorrendo óbito de paciente de outro colega, o atestado pode ser preenchido após constatação do óbito e verificação do prontuário?

RESOLUÇÃO CFM Nº 743/76

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto Nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

tendo em vista o que consta do Processo CFM Nº 72/74 e o decidido em sessão plenária deste Conselho, e

CONSIDERANDO que a assistência institucional ou organizada e coletiva ou em equipe (artigo 74 do Código de Ética Médica), fazendo com que o atendimento resulte não só da responsabilidade da entidade como também do médico que a ela esteja vinculada pela tutela empregatícia e pela assistência profissional imediata;

CONSIDERANDO que, nestes casos, pelo uso do sistema de "Plantão Médico", o atendimento do doente é prestado por diversos profissionais, no tratamento do mesmo e complexos processos patológicos;

CONSIDERANDO que, para os pacientes atendidos nas Unidades de Assistência Médica, há sempre o registro do tratamento, a anamnese, a enfermidade e o seu diagnóstico;

CONSIDERANDO, finalmente; a existência legal do fornecimento do atestado de óbito (art. 77 da Lei Nº 6015/73 — Registros Públicos), para que se possa proceder ao competente registro civil e ao necessário sepultamento;

RESOLVE:

Recomendar que o atestado de óbito ocorrido em Unidades de Assistência Médica, quando ausente o médico-assistente respectivo, poderá ser fornecido pelo médico de plantão, à vista do que constar do correspondente prontuário, devendo o plantonista, prévia e pessoalmente, verificar o óbito, para pronunciar-se, afinal, quanto à "causa mortis".

Rio de Janeiro, 11 de outubro de 1976

Murillo Bastos Belchior
Presidente

José Luiz Guimarães Santos
Secretário-Geral

QUEM E QUANDO ASSINAR ATESTADO DE ÓBITO

Consulta a Direção da Unidade de Pediatria Helena Moura:

- 1) Está a Unidade ou o Médico na obrigação de fornecer atestado de óbito em caso de falecimento após alta do paciente, sendo alta a pedido dos familiares ou por decisão médica;
- 2) Há obrigatoriedade de fornecimento de atestado de óbito em caso de paciente que faleça em casa após atendimento ambulatorial;
- 3) Existe tempo estabelecido após saída do paciente do Hospital dentro do qual o Médico pode fornecer atestado de óbito;
- 4) As crianças internadas são consideradas clientes do evolucionista e se as alterações nas prescrições por plantonistas são infrações éticas.

Nas questões formuladas, o consultante deixa entender os seguintes aspectos:

1) Trata-se de unidade de urgência, constituída de ambulatório de emergência e de setor de internamento.

3) O hospital dispõe de Médicos evolucionistas e de Médicos plantonistas para o atendimento da clientela.

Não ficam esclarecidas as características das atividades dos Médicos evolucionistas e dos Médicos plantonistas. Pode-se presumir que os primeiros têm expediente diário no hospital acompanhando a evolução das crianças internadas, e que os segundos prestam serviço em plantões fixos, limitados a certo número de horas durante a semana, cobrindo as necessidades urgentes dessas ocasiões.

São duas ordens de problemas as levantadas pelo consultante: o fornecimento de atestados de óbito e as alterações de prescrição médica por plantonistas.

O problema dos atestados de óbito é regulado pelo Princípio XIV e pelos artigos 52 e 53 do Código Brasileiro de Deontologia Médica. É atividade de competência de Médicos e não de Unidades Médicas.

O Princípio XIV estabelece que o Médico só é permitido atestar o que tenha examinado ou verificado pessoalmente. Isto é enfatizado no artigo 52 que veda ao Médico "atestar óbito quando não tenha verificado pessoalmente a realidade da morte". Este mesmo artigo 52

determina caber ao Médico assistente o fornecimento do atestado de óbito, ou a plantonista em hospitais, clínicas ou estabelecimentos congêneres; este último caso está regulamentado pela Resolução CFM nº 743, de 11 de outubro de 1976, que permite ao Médico de plantão o óbito quando o Médico assistente está ausente, obrigando-se o plantonista a verificar pessoalmente o óbito e valer-se das informações constantes do prontuário.

Todos os textos legais acentuam a necessidade de verificação pessoal do óbito pelo Médico.

O artigo 53 obriga o Médico a fornecer atestado de óbito caso ele venha prestando assistência ao paciente.

Há necessidade de caracterizar a vinculação ao Médico nas várias situações. O paciente, ao ser internado em hospital ou ao ser tratado em ambulatório, está sob os cuidados de um determinado Médico que é o seu assistente. No caso do hospital em apreço essa função é executada pelo Médico evolucionista.

Se o paciente tem alta médica, ainda persiste a sua vinculação com o Médico assistente. Ele é o responsável pelos atos Médicos de interesse do paciente; as funções de atestar, de prescrever tratamentos, de admitir, de dar alta, etc., são atos Médicos. O mesmo não acontece com altas a pedido que contrariem a orientação médica; constituindo-se em rompimento pelo paciente e seus responsáveis da relação médico-paciente.

Não é diferente o que ocorre com paciente tratado em regime ambulatorial. O Médico que realiza seu tratamento, é seu assistente, com o qual se estabelece a indispensável vinculação.

A vinculação cessa quando o Médico considera o paciente curado ou sem necessidade de seus cuidados. A alta hospitalar pode ser apenas uma etapa do tratamento, caso em que compete ao Médico orientar a sua continuidade até a alta médica, dissolvendo o vínculo profissional.

Enquanto o paciente está em tratamento com determinado Médico, quer internado em hospital, quer em regime ambulatorial, compete a este atestar-lhe o óbito que deve ser verificado pessoalmente. É condição também que a causa da morte lhe seja conhecida. Se o paciente teve alta hospitalar, deve ficar expresso no prontuário se esta medida significou ou não o término do tratamento e total recuperação do paciente. Médico plantonista só pode atestar óbito, que tenha verificado pessoalmente, durante seu período de trabalho,

quando o Médico assistente, esteja ausente, valendo-se das informações do prontuário.

O Médico plantonista não é enquanto tal, Médico assistente responsável pela continuidade de tratamento em pacientes internados. Entende-se, dessa forma, o Médico evolucionista como Médico assistente, tendo assim os pacientes internados como seus clientes.

A responsabilidade das prescrições é do Médico assistente nos termos do Princípio VII e do artigo 39 do Código Brasileiro de Deontologia Médica. O artigo 39 admite alterações de prescrição por outro Médico se o assistente consente ou se ocorre situação de emergência em hospitais ou estabelecimentos congêneres.

Sendo Médicos diferentes, o "evolucionista" é aquele que acompanha as várias etapas do tratamento do cliente. O "plantonista" só pode alterar prescrições em caso de emergência, ocorrendo infração ética caso essa condição não se caracterize.

É o parecer, salvo melhor juízo.

Recife, 10 de setembro de 1984.

Cons^o
Tácito Augusto Medeiros
RELATOR

APROVADO por unanimidade. Sala das Sessões, em 10 de setembro de 1984. Cons^o Ney Cavalcanti - Presidente.

Transcrito do Jornal do CREMEPE.

**MINISTÉRIO DO TRABALHO
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
ORÇAMENTO PARA O EXERCÍCIO DE 1985**

(EM CRUZEIROS)

RECEITA	PARCIAL	TOTAL	DESPESA	PARCIAL	SUBTOTAL	TOTAL
1.0.0.0 - Receitas Correntes			3.0.0.0 - Despesas Correntes			
1.2.0.0 - Receitas de Contribuições	543.800.000		3.1.0.0 - Despesas de Custeio			
1.3.0.0 - Receita Patrimonial	20.000.000		3.1.1.0 - Pessoal	227.200.000		
1.6.0.0 - Receitas de Serviços	23.200.000		3.1.2.0 - Material de Consumo	15.800.000		
1.9.0.0 - Outras Receitas Correntes	<u>7.500.000</u>	594.500.000	3.1.3.0 - Serviços de Terceiros e Encargos	<u>134.750.000</u>	377.750.000	
			3.2.0.0 - Transferências Correntes			
			3.2.8.0 - Contribuições para Formação do Patrimônio do Servidor Público - PASEP	3.280.000		
			3.2.9.0 - Diversas Transferências Correntes	<u>185.470.000</u>	<u>188.750.000</u>	566.500.000
			"SUPERAVIT"			<u>28.000.000</u>
TOTAL		<u><u>594.500.000</u></u>	TOTAL			<u><u>594.500.000</u></u>
			4.0.0.0 - Despesas de Capital			
			4.1.0.0 - Investimentos			
			4.1.1.0 - Obras e Instalações	3.000.000		
"SUPERAVIT" do Orçamento Corrente		<u>28.000.000</u>	4.1.2.0 - Equipamentos e Material Permanente	<u>25.000.000</u>	<u>28.000.000</u>	<u>28.000.000</u>
			RESUMO			
Receitas Correntes		594.500.000	Despesas Correntes	566.500.000		
Receitas de Capital		-	Despesas de Capital	<u>28.000.000</u>		
TOTAL		<u><u>594.500.000</u></u>	TOTAL	<u><u>594.500.000</u></u>		

Curitiba, 26 de outubro de 1984.

Dr. Duilton de Paola
Presidente

Dr. Maurizio Pedrazzani
Tesoureiro

Rubens Torres
Contador-Reg. 172, CRC-Pr.

RESPOSTA DO CRM

VOCÊ RECUSA ATESTADO?

Consulta

1) Pode um médico recusar atestado médico fornecido por outro profissional? Em que situações, de que forma e por que pode? Em recusando, como deve proceder?

a) quem fornece; b) quem recusa o atestado?

2) Pode um médico diminuir ou aumentar períodos de afastamento e licença, expressamente indicados em atestado médico?

Um Sindicato, formula a este Conselho Regional de Medicina, indagação sobre a possibilidade ética de um médico recusar atestado fornecido por outro profissional. E em decorrência, se positiva resposta, em que situações isto pode ocorrer e como deverá proceder aquele que fornece e o que recusa.

Perquiri e outrossim, se pode um médico diminuir períodos de afastamento e licença, expressamente indicados em atestado e como deve agir o paciente.

Preliminarmente cumpre ressaltar que o Código de Deontologia, não prevê especificamente e por conseguinte, não responde expressamente as dúvidas trazidas à esta Consultoria pelo Sindicato consulente. Deste modo, as respostas respectivas terão que ser muito mais com respaldo nos princípios gerais que regem a ética médica, do que em dispositivos pré-determinados.

Assim, o primeiro parâmetro que nos serve de amparo às dúvidas suscitadas, é encontrado no artigo 33 do vigente Código Brasileiro de Deontologia Médica, assim disposto:

“Deixar, no exercício da profissão, de ter para com os colegas apreço, consideração e solidariedade ou contribuir para a desarmonia ou desprestígio pública da classe”.

Evidentemente que esta solidariedade, não pode ser em benefício do erro, a consideração não pode ser em relação à ignorância e o apreço não deve estar ligado a condutas que firmam os princípios

éticos e morais. Assim, definidos estes aspectos que regem as relações entre os profissionais da medicina, cumpre analisar a consulta, estritamente no seu aspecto material, ou seja, da possibilidade de um médico recusar atestado fornecido por colega. E para a resposta, mister se faz trazer a cotejo o aludido artigo 33, que dirime como infração, a falta de consideração, de apreço e solidariedade.

Conclue-se pois, que não é ético e portanto, é inadmissível, que um médico recuse atestado fornecido por outro profissional, salvo o faça em decorrência da constatação de um erro de avaliação, devidamente comprovado. Convém se frisar, que o atestado se consubstancia em um documento, através do qual se afirma uma situação como verdadeira e, por isto mesmo, traz as responsabilidades inerentes ao seu subscritor. E neste diapasão, só pode ser contestado, se no mesmo se puder detetar erros ou inverdades, quer decorrentes de má avaliação ou de ignorância. De todo modo, a recusa há que ser fundamentada, não podendo ocorrer sem o necessário respaldo.

Destarte, entendemos como respondidas as indagações concernentes à recusa de atestado ou no que se refere à diminuição dos períodos de afastamento contidas em tais documentos.

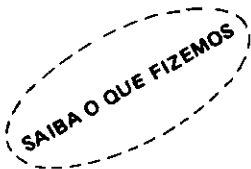
Por outro lado, se as hipóteses objeto da consulta ocorrerem, o médico que forneceu o atestado recusado, deverá por escrito, perquirir os motivos que ensejaram a não aceitação e em não obtendo resposta, comunicar o fato ao Conselho de Medicina. Por sua vez, o colega autor da recusa, deverá, por iniciativa própria, contatar com o colega que subscritou o atestado, mantendo assim o apreço e a solidariedade que devem nortear as relações entre os profissionais da medicina. Este aliás, será o procedimento correto e que evitaria então, que a iniciativa das explicações partisse do atestador, mesmo porque, nesta hipótese, a negativa de validade do documento, já seria, no mínimo, do conhecimento do paciente, originando assim, situação constrangedora.

É o nosso parecer.

Curitiba, 22 de novembro de 1984.

Dr. Antonio Celso C. de Albuquerque
Assessor Jurídico

Aprovado em Sessão Plenária pelos Conselheiros.



RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DO CRM NO EXERCÍCIO DE 1984

— Ofícios expedidos	912
— Certidões expedidas	47
— Documentos protocolados	1540
— Inscrições definitivas	556
— Inscrições feitas de 01.01.84 a 31/ 2.84	556
— Médicos transferidos de outros Estados	181
— Médicos transferidos para o CRMPR	120
— Médicos inscritos secundariamente para outros Estados	85
— Médicos inscritos secundariamente no CRMPR	59
— Médicos falecidos	09
— Cédulas de Identidade expedidas	556
— Cédulas de Identidade (2ª via) expedidas	75
— Carteiras Profissional (2ª via) expedidas	08
— Reuniões de Diretoria	24
— Reuniões Plenárias realizadas	26
— Assembléias Gerais Ordinárias	05
— Assembléias Extraordinárias	03
— Sessões Solenes para entrega de Carteiras	17
— Atas de Conferências Médicas recebidas	09
— Processos Disciplinares instaurados	19
— Relatores Iniciais - Denúncias	22
— Câmaras de Ética e Disciplina	25
— Pareceres exarados - Assessor Jurídico	45
— Ofícios expedidos da Assessoria Jurídica	450
— Portarias expedidas da Assessoria Jurídica	95
— Consultas feitas pessoalmente à Assessoria Jurídica	44
— Julgamentos realizados	07
— Acórdãos aprovados	07
— Denunciados absolvidos	03
— Advertências confidenciais em aviso reservado	02
— Censuras confidenciais em aviso reservado	00
— Censuras Públicas	02
— Suspensão do exercício profissional	00

— Cassação do exercício profissional.	00
— Recursos ao Conselho Federal de Medicina	02
— Carteiras Profissionais entregues em Sessão Solene	343
— Última Inscrição concedida	9366
— Vistos provisórios concedidos	10
— Registros cancelados "a pedido"	18
— Número atual de funcionários.	09

Secretaria Geral

Para agilizar a apreciação de denúncias o CRM elaborou

ESCALA DE CÂMARAS DE ÉTICA E DISCIPLINA

MÊS	CÂMARAS (Conselheiros)
Fevereiro	: Flávio Cini - Osmar Martins - José Francisco Schiavon
Março	: Luiz Carlos Sobania - Frederico João Massignan - Maurizio Pedrazzani
Abril	: Duilton de Paola - Ricardo Akel - Nelson Egydio de Carvalho
Maiο	: Hélio Germiniani - Farid Sabbag - Eurípedes Ferreira
Junho	: Luiz Fernando C. O. Braga - Osvaldo Malafaia - José Antonio Maingué
Julho	: Milton Cesar Scaramuzza - Paulo Renato Sebrão - Jurandir Marcondes Ribas Filho
Agosto	: João Nassif - Jackson Herrera - João Geraldo P. Mercer
Setembro	: Reginaldo Werneck Lopes - Antonio Leite Oliva Filho - Edison Matos Novak
Outubro	: Sanito W. Rocha - Paulo Roberto C. Marquetti - Sergio Todeschi
Novembro	: Sérgio Fonseca Tarlé - Lauro Del Valle Pizarro - Marco Aurélio Q. Cravo
Dezembro	: Osmar Martins - Ehrenfried O. Wittig - Octaviano Baptistini Junior

COMISSÕES DE TRABALHO DE 1985

Gestão 1983/1986

1. COMISSÃO DE IMPLANTAÇÃO DA FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL
Dr. Ricardo Akel (Presidente)
Dr. Farid Sabbag
Dr. Osmar Martins
Dr. Antonio Leite Oliva Filho
2. COMISSÃO DE ESTUDOS DO NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.
Dr. Frederico João Massignan (Presidente)
Dr. Marco Aurélio de Q. Cravo
Dr. Paulo Roberto C. Marquetti
3. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO
Dr. Ehrenfried Othmar Wittig (Presidente)
Dr. Antonio Leite Oliva Filho
Dr. Jackson Herrera
4. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL.
Dr. Nelson Egydio de Carvalho (Presidente)
Dr. Edison Mattos Novak
5. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME).
Dr. Luiz Fernando C. O. Braga (Presidente)
Dr. Eurípedes Ferreira
Dr. Sérgio Todeschi
Dr. Sanito Rocha
Dr. Sérgio da Fonseca Tarlé
Dr. Jurandir Marcondes Ribas Filho
6. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS.
Dr. Farid Sabbag (Presidente)
Dr. Luiz Fernando C. O. Braga
Dr. Ehrenfried Othmar Wittig
7. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO.
Dr. Marco Aurélio de Quadros Cravo (Presidente)
Dr. Edison Mattos Novak
Dr. Jackson Herrera
8. COMISSÃO DA TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS (REPRESENTANTES JUNTO À AMP).
Dr. João Nassif (Presidente)
Dr. Paulo Roberto C. Marquetti